Rok LII. Kraków, dnia 14. czerwca 1913 Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Z kliniki chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell. (Dyrektor Prof. Dr Jan Piltz).

O objawach ogólnych i ich znaczeniu dla wczesnego rozpoznania i leczenia nowotworów mózgu.

Podał

(na podstawie odczytu, wygłoszonego w Towarzystwie lekarskiem)

Dr Jan Landau

asystent kliniki.

Wobec postępów, jakie uczyniła chirurgia w ostatnim dziesiątku lat na polu operacyjnego leczenia nowotworów mózgu i jamy czaszkowej przez coraz to większe udoskonalanie techniki trepanacyjnej, zaczęli i neurolodzy gorączkowo i z coraz większym zapałem śledzić te przypadki pod względem klinicznym, zdając sobie dokładnie sprawę, że od wczesnego rozpoznania zależy w wielu przypadkach i wynik leczenia chirurgicznego.

Przez owo leczenie chirurgiczne nie należy jednak rozumieć zabiegu, któryby koniecznie musiał mieć na celu definitywne usunięcie nowotworu z mózgu. Bardzo często bowiem nowotwór ten, czy to przez swoje usadowienie się w głębokich warstwach mózgu, dzisiaj zupełnie jeszcze niedostępnych dla noża chirurga, czy to przez swoją wielkość, względnie sposób, w jaki on przerasta tkankę mózgową na przestrzeni rozlanej, czy też wreszcie dla braku dokładnych danych w kierunku jego siedziby, nie może być z mózgu usunięty.

I w tych przypadkach można jednak na drodze operacyi bardzo wiele uzyskać w kierunku poprawy ciężkiego stanu chorego. Od czasu bowiem, gdy Horsley ogłosił swe spostrzeżenia, że już samo otwarcie czaszki w przypadkach, w których chodziło o wyłuszczenie nowotworu, sprowadzało w następstwie znaczną poprawę w objawach ogólnych, jak bólach głowy, wymiotach, zaburzeniach wzrokowych i t. d., mimo że nowotworu z tego czy innego powodu nie usunięto z mózgu, zaczęli chirurgowie i neurologowie stosować bardzo często tę tak zwaną dekompresyę nawet w przypadkach, pod względem siedziby nowotworu zupełnie niejasnych, albo też wprawdzie pod względem umiejscowienia tegoż prostych, ale mimoto nie nadających się do jego wyłuszczenia. A chodzi im w tych przypadkach o to, ażeby na tej przynajmniej drodze przynieść choremu ulgę, bardzo nieraz długotrwałą, bo utrzymującą się całe miesiące i lata, uchronić go od utraty wzroku, pozbawić szalonych bólów głowy, a nawet czasem i wyleczyć zupełnie. Znane są bowiem przypadki, w których po łagodzącej (paliatywnej) trepanacyi nastąpiła tego rodzaju poprawa bardzo daleko już posuniętych objawów ogólnych, że chorzy ci mogli na całe nieraz lata powrócić do swoich codziennych zajęć, a nawet i takie, w których sama dekompresya wstrzymywała dalszy rozwój stwierdzonego niewątpliwie glejaka.

Nie będę tu wymieniać owych różnych metod dekompresyjnych, jakiemi rozporządza dzisiaj chirurgia dla zmniejszenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego, które, jak doświadczenie kliniczne poucza, jest niewątpliwie główną przyczyną owych wszystkich objawów ogólnych, jakie się spotyka w przebiegu nowotworów jamy czaszkowej i mózgu. Wspomnę tylko, że przy owej wielkiej śmiertelności, jaką jeszcze dzisiaj mamy w przypadkach, gdzie operacya miała na celu odszukanie nowotworu i ewentualne jego usunięcie i przy owem beznadziejnem wprost leczeniu tych chorych takimi środkami aptekarskimi, jak rtęcią i jodem, są owe operacye dekompresyjne olbrzymim krokiem naprzód, bo wykazując nam, jak wielką na tej drodze można uzyskać poprawę, nie pozwalają na zasypianie tej tak ważnej sprawy, ani też na wygodne zakładanie rąk i pozostawianie tych chorych, jako nieuleczalnych, ich własnym cierpieniom i mękom. Dużo, bardzo dużo zależy tu od nas lekarzy, t. j. od wczesnego określenia właściwego rozpoznania.

Przy owych olbrzymich postępach, jakie wiedza lekarska czyni na każdem niemal polu, nie można tu naturalnie żądać od lekarzy niespecyalistów ścisłego określenia siedziby rozpoznanego przez nich nowotworu. Ktokolwiek bowiem spotkał się z tego rodzaju przypadkami, ten zrozumie, ile to czasu i trudu trzeba nieraz poświęcić takim chorym, jak ścisłe i skrupulatne musi być każde badanie, jak długą nieraz obserwacya kliniczna, zanim siedziba nowotworu zostanie dokładnie określona.

Tego więc nie można wymagać od lekarzy, którzy pracują w innych działach, a szczególniej od lekarzy internistów, którzy najczęściej jeszcze w swojej praktyce spotykają się z takimi chorymi. Ponieważ jednak od wczesnego rozpoznania nowotworu mózgu zależy w głównej mierze wynik leczenia chirurgicznego, przeto mamy prawo wymagać i od lekarzy niespecyalistów, ażeby w zakresie swojej

specyalności o tyle byli obeznani z najważniejszymi objawami nowotworów mózgu, iżby one pozwalały im na wczesne dojście do właściwego rozpoznania i zastosowanie odpowiedniego leczenia w czasie, w którym liczyć jeszcze można na zupełne wyleczenie, poprawę, albo też przynajmniej wstrzymanie dalszego rozwoju zmian chorobowych.

Niestety jednak zbyt często jeszcze pozostają ci chorzy całymi miesiącami, a nawet latami z powodu złego rozpoznania w leczeniu różnych lekarzy jako hypochondrycy, neurastenicy, epileptycy, albo też znowu leczeni są na swoje dolegliwości żołądkowe, bóle głowy, zawroty i t. d., zanim nie dołączą się jakieś poważniejsze objawy, które, jak z jednej strony ułatwiają dopiero właściwe rozpoznanie, tak z drugiej są już dla chorego bardzo często początkiem końca. O ileby bowiem na szereg miesięcy przedtem właściwe rozpoznanie mogło może i życie uratować choremu, o tyle obecnie owo spotęgowanie się już istniejących objawów i pojawienie się nowych, które dopomogły do rozpoznania nowotworu, stają się równocześnie i przyczyną zguby chorego. Szanse bowiem uratowania chorego, względnie poprawy jego stanu nawet przez operacyę łagodzącą są tem większe, im wcześniej jej dokonano, w późniejszych zaś okresach i ta operacya często zawodzi, nie dając żadnego polepszenia.

Naturalnie, że daleki jestem od tego, ażeby pomyłki rozpoznawcze w początkach choroby, przy słabo zaznaczonych objawach przypisywać tylko lekarzom niespecyalistom w chorobach nerwowych. Zależą one bowiem nietylko od wyćwiczenia lekarza w tym kierunku, lecz i od istoty tej choroby, dla której rozpoznania musimy nieraz bardzo długo czekać, t. j. do czasu, aż nie wystąpią takie objawy, które pozwalają dopiero na właściwe rozpoznanie.

Bardzo słusznie powiada Bruns, że ze względu na prawdopodobieństwo wyleczenia chorego, byłoby pożądańszem, ażebyśmy wogóle nie musieli wyczekiwać przy rozpoznawaniu nowotworów mózgu pojawiania się objawów ogólnych, lecz stawiać mogli rozpoznania już z pierwszych objawów ogniskowych. Jak jednak z jednej strony objawy ogólne są często pierwszymi przypadami nowotworu mózgu, tak też i z drugiej, o ile nawet w pewnych przypadkach (n. p. w nowotworach zwojów ośrodkowych) objawy ogniskowe na pierwszy wysuną się plan, przecież w znacznej większości tych przypadków nie będziemy pewni naszego rozpoznania nowotworu tak długo, aż się nie pojawią jakieś objawy ogólne.

Z tego więc wychodząc założenia, że znajomość owych objawów ogólnych, t. j. tych, które nie zależą od miejsca usadowienia nowotworu, lecz od jego wpływu na cały mózg i opony, ma zwykle daleko większe znaczenie ze względu na możliwość wczesnego rozpoznania i odpowiedniego leczenia, aniżeli znajomość objawów ogniskowych, sądzę, że nie od rzeczy będzie omówić pokrótce najważniejsze cechy tych objawów i wskazać na ich patognostyczne znaczenie dla nowotworów mózgu.

Wiadomą jest rzeczą, że z małymi tylko wyjątkami we wszystkich prawie przypadkach nowotworów mózgu, czy to w miarę zacieśniania jamy czaszkowej przez rozwijający się nowotwór i naruszenia w ten sposób owego stałego stosunku, jaki w warunkach prawidłowych zachodzi między pojemnością czaszki a mózgiem, czy to przez ucisk, jaki guz ten wywiera na sąsiadujące z nim naczynia krwionośne, wiodąc w następstwie do zaburzeń w krążeniu krwi i do wytwarzania się wodogłowia objawowego, bądź zewnętrznego, bądz wewnętrznego, następuje mniej lub więcej silne podniesienie się ciśnienia w zakresie płynu mózgowo-rdzeniowego. To zaś wzmożone ciśnienie w obrębie czaszki jest dopiero w większości przypadków właściwą przyczyną objawów ogólnych, z jakimi spotykamy się w przebiegu nowotworów mózgu, o ile nie uwzględnimy mniemania niektórych autorów francuzkich, którzy przypisują także bardzo poważny wpływ na powstawanie objawów ogólnych toksynom, jakie się mogą wytwarzać w obrębie nowotworów. I jakkolwiek te objawy towarzyszą prawie każdemu nowotworowi, zupełnie niezależnie od jego usadowienia i wielkości, to jednak usadowienie i rozmiary guza wpływają prawie zawsze na szybkość pojawiania się tych objawów ogólnych i na ich natężenie. I tak n. p. ogólnie znaną jest rzeczą, że nowotwory tylnej jamy czaszkowej wywołują szczególnie szybkie pojawienie się objawów ogólnych, i to o bardzo wielkiem nasileniu.

Pomijając te nieliczne przypadki nowotworów mózgu, w przebiegu których nie doszło nigdy do wytworzenia się objawów ogólnych, — o czem jednak pamiętać musimy, ażeby rozpoznanie nasze nie czynić bezwzględnie zależnem od pojawienia się tych objawów, — w każdym innym przypadku zjawiają się one razem z podniesieniem się ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Nie należy jednak sądzić, ażeby one wszystkie równocześnie musiały się pojawić razem z wzmożeniem się tego ciśnienia. W tym kierunku bowiem panuje bardzo wielka różnorodność, i tak, o ile w pewnych przypadkach są one wszystkie mniej lub więcej silnie zaznaczone, to w innych znowu występują bardzo nielicznie, lub też nawet i pojedynczo. Tak np. długotrwałe i uporczywe bóle głowy, albo też bardzo częste wymioty, lub znowu tarcza zastoinowa mogą być przez bardzo długi czas jedynymi tylko objawami ogólnymi nowotworów mózgu.

Należy tu także podnieść, że na podstawie licznych spostrzeżeń klinicystów, jak i na podstawie naszego doświadczenia nie można mówić o stałej progresywności objawów ogólnych w przebiegu nowotworów mózgu w przeciwstawieniu do innych spraw patologicznych mózgowia. Tego rodzaju progresywność dotyczy przedewszystkiem objawów ogniskowych, a co do objawów ogólnych, to mieliśmy niejednokrotnie sposobność obserwować, a zwłaszcza dowiadywać się z wywiadów, że różne objawy ogólne, często bardzo silnie zaznaczone, zmniejszały się znowu, albo nawet i zupełnie ustępowały, mimo, że chory nie leczył się wcale i że o cofaniu się nowotworu nie mogło być mowy. Przeciwko tej możliwości cofania się nowotworu przemawiało pojawianie się nowych objawów ogniskowych, albo też potęgowanie się dawnych, mimo ustępowania objawów ogólnych.

Co tu jest właściwą przyczyną takiego właśnie ustępowania, względnie zmniejszania się objawów ogólnych mimo dalszego rozwoju nowotworu, trudno dzisiaj odpowiedzieć w każdym poszczególnym przypadku. O ile bowiem czasem wydostanie się nowotworu poza obręb jamy czaszkowej po przeżarciu kości, albo rozejście się kości czaszki w pojedynczych szwach pod wpływem napierającego ciśnienia z wewnątrz czaszki, dostatecznie już tłómaczą po-

prawę w zakresie objawów ogólnych, o tyle innym razem, mimo że żadnej z tych spraw nie ma, stan ogólny chorego również się polepsza, a uporczywe nieraz bóle głowy zupełnie nawet ustępują.

Być może, że w tych przypadkach wyrównywanie się krążenia na drodze naczyń powierzchownych, względnie naczyń żylnych na czaszce i twarzy, które bywają nawet nieraz silnie rozszerzone i pokręcone w przebiegu nowotworów mózgu, albo też może i pewne przystosowanie się mózgu do zmienionych warunków krążenia i ucisku, są tu właściwą przyczyną polepszania się objawów ogólnych.

Nad sprawą tą jednak nie będę się tu zastanawiać, ponieważ nie należy ona do tematu mojego odczytu, a trudne jej wytłómaczenie musimy pozostawić dalszym obserwacyom klinicznym i szczegółowym badaniom. W każdym razie podkreślić należy, że cofanie się objawów ogólnych, względnie ustępowanie pewnych objawów, nie może w żadnym razie przemawiać przeciwko nowotworowej przyrodzie cierpienia mózgowego.

Wszystkie objawy ogólne, które wskazują na obecność nowotworu w mózgu, podzielić należy na dwie grupy. Do pierwszej z nich należą objawy podmiotowe, do drugiej natomiast objawy, które dają się stwierdzić przedmiotowem badaniem. Zaznaczyć jednak wypada, że ścisłej granicy między temi dwoma grupami przeprowadzić nie można, i tak np., gdy chory z powodu zawrotów zatoczy się, lub chodzi niepewnie, to wtedy objaw ten, który jest często tylko objawem podmiotowym, nabywa także znaczenia objawu przedmiotowego.

Daleko większe znaczenie ma dla rozpoznania nowotworów mózgu grupa objawów przedmiotowych, a to dlatego, że można je łatwo dostrzec i stwierdzić u każdego chorego, cierpiącego na nowotwór mózgu, o ile one tylko naturalnie są obecne, gdy natomiast stwierdzenie objawów podmiotowych u ludzi mało inteligentnych napotyka często na bardzo duże trudności. Znaną bowiem jest lekarzom owa wielka obojętność ludzi prostych na swoje dolegliwości, którzy wśród ciężkich warunków bytu i wśród codziennych trosk o kawałek chleba nie mają najczęściej czasu myśleć o swojej chorobie, i to tak długo przynajmniej, aż im ona nie dokuczy na dobre.

Tutaj więc wywiady w kierunku pierwszych początków choroby, w kierunku jej rozwoju, jak i w kierunku dokładnego opisu dolegliwości bardzo często zupełnie zawodzą. A przecież mogą one być czasem jedynymi objawami, na którychby się lekarz mógł oprzeć przy rozpoznawaniu tak poważnej choroby, jaką jest nowotwór mózgu. W tych to więc przypadkach musimy najczęściej poprzestać na wyczekiwaniu, tj. na dalszej obserwacyi chorego, aż nie dołączą się takie objawy, które czynią rozpoznanie niewątpliwem. Zwłoka ta jednak nie może naturalnie wyjść na korzyść chorego, przeciwnie stawia go ona nieraz odrazu w warunkach, wśród których nie można już liczyć na wynik leczenia łagodzącego, a nawet stwarza ona dla zabiegu doszczętnego daleko cięższe warunki i zmniejsza prawdopodobieństwo wyleczenia. U takich więc chorych objawy, które się dają stwierdzić przedmiotowo, muszą z natury rzeczy mieć daleko większe znaczenie rozpoznawcze, aniżeli objawy podmiotowe.

Do pierwszej kategoryi objawów ogólnych zaliczyć należy bóle głowy, zawroty, nudności i pobudzenia do wymiotów. Z objawów zaś drugiej grupy przedewszystkiem wymienić należy tarczę zastoinową, względnie zapalenie nerwów wzrokowych, a następnie zaburzenia w sferze psychicznej, wymioty, drgawki ogólne, względnie ograniczające się do pewnej tylko części ciała, senność, zniesienie odruchów rogówkowych i ścięgnistych kończyn, zaburzenia w układzie naczyniowym, oddychaniu i niektóre inne.

Przejdźmy teraz pokrótce każdy z tych objawów z osobna i zastanówmy się nad tem, które z cech tych objawów mogłyby wskazywać na to, że dany objaw wyrósł na tle wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego, że więc jest on objawem jakiejś poważniejszej choroby mózgowej. Mówię tu ogólnie o wzmożonem ciśnieniu wewnątrzczaszkowem, a nie o nowotworze mózgu z tego powodu, że ciśnienie wewnątrzczaszkowe wzmaga się nietylko w przebiegu nowotworów mózgu, do których oprócz nowotworów w ścisłem tego słowa znaczeniu, jak glejaków, mięsaków, naczyniaków i innych, zaliczamy także i tego rodzaju guzy patologiczne, jak kilaki, guzy gruźlicze i t. d., lecz i w całym szeregu innych chorób mózgowia, np. w przypadkach wodogłowia, pasorzytów, zakrzepów zatok żylnych, ropni i t. d.

We wszystkich zaś tych przypadkach razem ze wzmożonem ciśnieniem wewnątrzczaszkowem pojawiają się i owe różnorodne powyżej wymienione objawy ogólne. Znaczy to więc, że obecność tych objawów ogólnych nie pozwala nam jeszcze na rozpoznanie nowotworu mózgu, lecz że może ona jedynie tylko usprawiedliwiać nasz wniosek w kierunku stwierdzenia wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego. A dopiero dokładna znajomość tych różnorodnych cech, jakie są charakterystyczne dla pewnych objawów ogólnych w przebiegu nowotworów mózgu, obok szczegółowych wywiadów, rozpatrzenia całego przebiegu klinicznego i obecności, względnie braku pewnych danych etyologicznych, wspólnie z obecnością, względnie brakiem objawów charakterystycznych dla tej lub owej jednostki chorobowej, pozwala rzecz właściwie rozpoznać.

(C. d. n.).

Wyniki rozbiorów wód mineralnych ze zdrojów Jana i Magdaleny w Szczawnicy.

Podał

L. Marchlewski.

Zdroje Jana i Magdaleny w Szczawnicy ujęto ponownie w roku zeszłym. Zwłaszcza roboty około pierwszego zdroju napotykały na wielkie trudności z powodu obecności znacznych ilości wód słodkich lub żelazistych, które należało ująć oddzielnie, ażeby nie dopuścić do zanieczyszczenia właściwej wody mineralnej, która na mocy dawniejszych analiz, wykonanych przez Olszewskiego i Schramma, miała cechy dobrej wody alkalicznej stołowej. Niemniejsze trudności przedstawiało ujęcie zdroju Magdaleny, polegające na niekorzystnych właściwościach terenu, a zwłaszcza bliskości potoku, którego koryto leży powyżej wy-

pływu źródła Magdaleny. Dzięki usiłowaniom p. inżyniera Morawskiego (przedstawiciela firmy Nitsch i Ska w Krakowie). przezwyciężono wszelako wszelkie trudności; w obu przypadkach dotarto do skał wododajnych. P. inżynier Morawski korzystał na miejscu z pomocy asystenta c. k. zakładu chemii lekarskiej w Krakowie, Dr H. Malarskiego, który wciąż komunikując się ze mną i wykonując doraźne oznaczenia ilościowe na miejscu, mógł dać wystarczające informacye o charakterze wód, spotykanych przy rozkopywaniu terenu, a tem samem skierowywać ku wodom o własnościach pożądanych.

Szczegółowe badania prób wody ze zdrojów Jana i Magdaleny, pobranych w październiku 1912 r., dały wyniki następujące:

a) 1000 gr. wody zawiera w razie obliczenia węglanów, zawartych w wodzie w postaci węglanów kwaśnych, gramów:

	Zdrój Jana	Zdrój Magdaleny
Bezwodnika krzemowego (SiO_2)	0·015774	0·019130
Dwuwęglanu wapniowego ($Ca[HCO_3]_2$)	0·405950	0·742630
» strontowego ($Sr[HCO_3]_2$)	0·002205	0·012146
» barowego ($Ba[HCO_3]_2$)	0·001952	0·005727
» magnezowego ($Mg[HCO_3]_2$)	0·147070	0·944600
» żelazawego ($Fe[HCO_3]_2$)	0·008530	0·004072
» manganawego ($Mm[HCO_3]_2$)	0·001066	0·000477
» sodowego ($NaHCO_3$)	1·945000	8·391000
» potasowego ($KHCO_3$)	0·098210	0·204240
» litowego ($LiHCO_3$)	0·006898	0·003860
Chlorku sodowego (NaCl)	0·541760	6·117000
Jodku sodowego (NaJ)	0·001316	0·007253
Bromku sodowego (NaBr)	0·002030	0·008398
Siarczanu sodowego (Na_2SO_4)	0·011238	0·021060
Fosforanu glinowego ($AlPO_4$)	0·000036	ślad
Bezwodnika borowego (B_2O_3)	ślad	0·206300
Ciał organicznych	0·070027	0·201212
Zupełnie wolnego bezwodnika węglowego	1·175700 czyli 598·33 cm³ w 170 mm i 760 mm.	1·285300 gr czyli 654·10 cm³ w 170 mm i 760 mm.

Oprócz tego woda ze zdroju Jana zawiera ślady fluorków i kwasu azotowego, a woda ze zdroju Magdaleny oprócz tego ślady arsenawego i tytanowego.

b) 1000 gr. wody zawiera, w razie obliczenia węglanów jako węglany obojętne:

	Źródło Jana	Źródło Magdaleny
Bezwodnika krzemowego (SiO_2)	0·015774	0·019130
Węglanu wapniowego ($CaCO_3$)	0·250670	0·458555
» strontowego ($SrCO_3$)	0·001553	0·008553
» barowego ($BaCO_3$)	0·001486	0·004358
» magnezowego ($MgCO_3$)	0·084760	0·544400
» żelazawego ($FeCO_3$)	0·005557	0·002653
» manganawego ($MnCO_3$)	0·000693	0·000310
» sodowego (Na_2CO_3)	1·227500	5·295500
» potasowego (K_2CO_3)	0·067805	0·141010
« litowego (Li_2CO_3)	0·003754	0·002101
Chlorku sodowego (NaCl)	0·541760	6·117000
Jodku sodowego (NaJ)	0·001316	0·007253
Bromku sodowego (NaBr)	0·002030	0·008308
Siarczanu sodowego (Na_2SO_4)	0·011238	0·021060
Bezwodnika borowego (B_2O_3)	ślad	0·206300
Fosforanu glinowego ($AlPO_4$)	0·000036	ślad
Ciał organicznych	0·070027	0·201212
Zupełnie wolnego i napół związanego bezwodn. węglowego	1·866100	4·017700
Ogólna ilość ciał stałych	2·285959	13·037793

Oprócz tego w śladach składniki wspomniane w tablicy a).

c) 1000 gr. wody zawiera jonów, bez uwzględnienia wolnych jonów wodorowych.

	Zdrój Jana	Zdrój Magdaleny
Wapniowy (Ca)	0·100420	0·183700
Strontowy (Sr)	0·000922	0·005076
Barowy (Ba)	0·001034	0·003033
Sodowy (Na)	0·751100	4·721000
Potasowy (K)	0·038388	0·079830
Litowy (Li)	0·000713	0·000399
Żelazawy (Fe)	0·002680	0·001279
Manganawy (Mn)	0·000331	0·000148
Magnezowy (Mg)	0·024475	0·157200
Glinowy (Al)	0·000008	ślad
HCO_3	1·914600	7·576700
$HSiO_3$	0·020211	0·024517
SO_4	0·007594	0·014231
Cl	0·328300	3·707000
Br	0·001576	0·006519
J	0·001114	0·006138
B_4O_7	ślad	0·229870
HPO_4	0·000028	ślad
CO_2 (wolny)	1·175700	1·285300

Badanie fizyczne wód zdrojów Jana i Magdaleny dało wyniki następujące:

	Zdrój Jana	Zdrój Magdaleny
Ciepłota	8·8°	8·7° C.
Obniżenie punktu krzepnięcia Δ	0·156°	0·886°
Przewodnictwo elektryczności*)	0·002637	0·010790
Promieniotwórczość w jednostkach Machego	0·722	1·118

*) mierzone bezposrednio w zdrojach.

Dla porównania podaję jeszcze stałe fizyczne wód zdrojów Wandy i Szymona, których szczegółowe analizy chemiczne podałem w roku zeszłym na tem miejscu:

	Zdrój Szymona	Zdrój Wandy
Obniżenie punktu krzepnięcia Δ	0·154°	0·486°
Przewodnictwo elektryczności	0·002059	0·006659
Promieniotwórczość w jednostkach Machego	0·208	0·07996

Na zasadzie powyższych wyników badania chemiczno-fizycznego należy zaliczyć wodę ze zdroju Jana do słabych wód alkalicznych, zawierających dostateczną ilość soli kuchennej, nadających się jako wody stołowe. Zawartość pokaźniejszej ilości litu w tej wodzie trzeba uważać także za okoliczność, przemawiającą za stosowaniem tej wody do celu wspomnianego. Jedynie zarzucićby można, że ilość wolnego bezwodnika węglowego tej wody jest nieco za nizka, brak, który łatwo się da usunąć, nasycając wodę w butelkach przed zamknięciem bezwodnikiem węglowym, pochodzącym ze źródła.

Woda zdroju Magdaleny należy do najsilniejszych mineralnych wogóle znanych; można ją oznaczyć jako szczawę alkaliczno-wapniowo-magnezowo-słoną. Na szczególniejszą uwagę zasługuje stosunkowo znaczna ilość bezwodnika borowego w niej zawarta; pod tym względem wyróżnia się ta woda z pośród wszystkich znanych wód mineralnych ziem polskich.

Na zasadzie badań kryoskopowych, których wyniki podano powyżej, dochodzi się dalej do wniosku, że z pośród w tym kierunku badanych wód Szczawnickich do hypertonicznych należy tylko woda mineralna ze zdroju Magdaleny, wody zaś zdrojów Jana, Szymona i Wandy należą do hypotonicznych.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Giordano. **Kilka słów o przypadku znieczulenia ogólnego przez śródmięśniowe wstrzykiwanie eteru.** (Riforma medica Nr 6, 1913). Wywołanie ogólnego znieczulenia drogą wstrzykiwań śródmięśniowych eteru było już znane Arnozanowi w 1882 r. Niedawno polecił je na nowo Descarpentries dla przypadków, gdzie zabiegu dokonywa się na twarzy, ustach i drogach oddechowych. O wartości tej metody różnie brzmią zdania autorów; na ogół jednak nie zachęcająco. Spostrzegano mianowicie brak znieczulenia, bardzo gwałtowne bóle w miejscu wstrzyknięcia, wybroczyny skórne rozmaitej wielkości, napady padaczkowate, w paru przypadkach nawet i śmierć. Inni otrzymywali natomiast łatwo zupełne znieczulenie, niekiedy jednakże występowały słabe bóle w miejscu wstrzyknięcia i przejściowa hemoglobinurya. Jeszcze gorsze wyniki dały doświadczenia, przeprowadzone w tym względzie na zwierzętach: znieczulenie ogólne nigdy nie wystąpiło, natomiast spostrzegano ciężkie zmiany następowe w postaci porażeń kończyn, nerwobólów, zgorzeli, ciężkich napadów padaczkowych, a nawet śmierci. Przyczynkiem do wykazania braku wszelkiej wartości tej metody znieczulenia jest przypadek G., dotyczący 56-letniego chorego z nawrotem raka policzków i szczęki dolnej, dla czego właśnie wybrano ten sposób znieczulenia. Wstrzyknięto razem 60 cm³ eteru w mięśnie pośladkowe, stosując po 5 cm³ co minutę. Ponieważ chory w pół godziny po pierwszem wstrzyknięciu, mimo że na początku dostał 1 cm³ morfiny, nie okazywał najmniejszej skłonności do snu, musiano użyć chloroformu i to w ilości bynajmniej nie mniejszej od tej, jakiej wymaga zwykle uśpienie chloroformowe. Podczas każdego wstrzyknięcia i później, zwłaszcza wieczór po operacyi, chory miał tak silne bóle w miejscu wstrzyknięcia, że musiano je łagodzić morfiną. Nadto dołączyła się trzydniowa hemoglobinurya, porażenie mięśni pośladkowych, niedowład całego szeregu innych mięśni, wraz ze zmniejszeniem odruchów i czucia dotyku, ciepła i bólu. G. podobnie, jak inni, odradza stanowczo tego sposobu usypiania.
Dr T. T.

Vörner. **Leczenie raków krzemem i arsenem podług Zellera.** (Tow. lek. Lipsk, III. 1913). Leczenie raków sposobem Zellera, tj. zewnętrznie pastą arsenowo-cynobrową, a wewnętrznie nacasilicium. oddać może dobre usługi jedynie przy rakach zewnętrznych, łatwo dostępnych, zwłaszcza skórnych. Pasta Zellera niszczy jednak często i tkanki zdrowe, a przy leczeniu spostrzegano też objawy zatrucia, jak śpiączkę, osłabienie serca i t. p. Niesłusznem jest zdanie Zellera, że leczenie to może zastąpić operacyę; tam gdzie można, powinno się zawsze operować. Leczenie pastą Zellera jest nadto bardzo bolesne i wymaga ciągłego nadzoru. K.

Nägelsbach. **Badania obrazu krwi przy wolach i wpływanie nań przez operacye.** (Beitr. z. klin. Chir. 83, III). Przy wolach najrozmaitszych rodzajów znajdował N. zawsze zwiększenie liczby limfocytów, a bezwzględne zmniejszenie wielojądrzastych ciałek neutrofilnych, przy chorobie Basedowa także zwiększenie liczby eozynochłonnych. Po operacyach obraz ten powracał nieraz do granic prawidłowych. Obraz krwi nie odpowiada nieraz ciężkości schorzenia. K.

Magnusson. **214 operacyi bąblowca. Przyczynek do patologii i leczenia tego cierpienia.** (Arch. f. klin. Chirurg. 100, II). Na zasadzie bogatego swego doświadczenia dochodzi autor do następujących wniosków: Na bąblowca zapadają znacznie częściej kobiety. Obumarcia bąblowca dowodzą: zawartość białka w płynie, przepuszczalność worka dla barwików żółciowych i wiotkość worka. Cechujące dla bąblowca wątroby są bóle z nasileniami, rozpromieniające się do obojczyka i barku. Żółtaczka występuje dość często. Rzadkim objawem jest szmer (Hydatidenschwirren); chełbotanie wykazać można tylko w postaciach miękkich, zwyrodniałych. W razie pęknięcia worka wewnątrz ciała, wystąpić może pokrzywka. Co do operacyi, to dwuczasowy zabieg Volkmanna jest o tyle niedobry, że bardzo trudno wytwarza się zrost otrzewnej z workiem. Dlatego też M. operuje obecnie jednoczasowo, obszywając worek w ranie otrzewnej, a potem torbiel nakłuwa lub otwiera. Całkowite wycięcie, zwłaszcza przy bąblowcu wątroby, jest często niewykonalne. K.

Frankl. **Bezpośrednie oglądanie wnętrza żołądka (gastroskopia) i kliniczne jego zastosowanie.** (Niem. Tow. lek. Praga, II). Gastroskopia nie znalazła dotąd ogólnego zastosowania w klinikach, a to z tego powodu, że dotychczasowe przyrządy miały liczne wady. Zdaje się jednak, że obecnie gastroskop Elsnera odpowiada zupełnie celowi, bo daje się łatwo wprowadzać, nie naraża chorego na żadne niebezpieczeństwo i jest prostej budowy. Oglądanie żołądka znajdować powinno zastosowanie przy raku (wczesne rozpoznanie, ocena rozległości guza, ew. wykrycie owrzodzeń, nie dających się żadnym innym sposobem wykryć). Do badania układa się chorego na bok lewy i znieczula gardło, a do wsunięcia gastroskopu, które odbywać się powinno łagodnie, przechyla się głowę silnie ku tyłowi. K.

Hertz. **Ostateczne wyniki po połączeniu żołądka z jelitem.** (Royal Soc. of med. II. 1913). Dla lekarza praktycznego bardzo ważną jest znajomość przypadłości, jakie wystąpić mogą po połączeniu żołądka z jelitem. Objawiać się one mogą w dwojakiej postaci, zależnie od tego, czy pokarmy opuszczają żołądek za prędko, czy też za powoli. W pierwszym razie chory skarży się, że bóle obecnie ma nieco dalej, niż przed operacyą. że cierpi na częste biegunki, zależne nietyle od jakości, ile od ilości spożytych potraw. Bardzo często pomaga wtedy choremu, gdy po jedzeniu położy się na wznak na pół godziny lub dłużej, przez co opóźnia się wydalanie treści z żołądka. Leczniczo (nieraz nie pozostaje nic innego, jak otwór połączenia operacyjnie zwęzić) pomagają przetwory trzustki, małe dawki belladony lub kodeina. Naodwrót nieraz treść z żołądka wydala się za powoli (otwór połączenia leży nad powierzchnią pokarmów w żołądku). Wtedy pomaga uciskanie brzucha, położenie się po jedzeniu na bok lewy, względnie założenie odpowiedniej opaski. K.

Burkhardt. **Postępy na polu chirurgii wątroby i trzustki.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 21). Chirurgia wątroby i trzustki postąpiła bardzo naprzód. Umiemy już obecnie tamować krwotoki z wątroby, a nawet części wycinać i z tego powodu operuje się na wątrobie coraz częściej, a należą tu następujące sprawy: urazy, pęknięcia, postrzały, ropnie, nowotwory, bąblowiec i t. p. Operuje się też ze skutkiem raka woreczka żółciowego i dróg żółciowych. Wdzięcznem polem operacyi wątrobowych są kamienie żółciowe. Przy marskości wątroby z puchliną brzuszną operacya Talmy oddaje w 50% przypadków niezłe usługi. Mniej skuteczną jest t. zw. przetoka Ecka (połączenie żyły wrotnej z główną). Na trzustce operuje się obecnie też częściej z powodu ostrych i przewlekłych spraw zapalnych, zranień, postrzałów, torbieli i guzów. Pewne rozpoznanie schorzeń trzustki pozostawia jeszcze wiele do życzenia. Wycina się też często trzustki ze skutkiem z powodu nowotworów i zranień; przy zranieniach stosuje się też zeszycie trzustki. Najczęściej cierpienia trzustki wywołuje kamica żółciowa i na to przy operacyach trzeba zwracać szczególną uwagę. K.

Mayer. **Skrzywienie kręgosłupa i jego leczenie.** (Med. Klinik 1913, Nr 17). Instytucya lekarzy szkolnych przyczyni się w znacznej mierze do poprawy stosunków pod tym względem, lekarze szkolni wykrywają bowiem

wcześnie skrzywienia kręgosłupa, t. j. w tym okresie, który jest bardzo wdzięczny w leczeniu. M jest przeciwnikiem leczenia skrzywień kręgosłupa pełzaniem, bo nie wzmacnia ono wcale kręgosłupa, przeciwnie osłabia go, ani nie uruchomia kręgosłupa tak, jakby się pozornie wydawało. Wyniki też tego leczenia są bardzo wątpliwe. W leczeniu zaś skrzywień chodzi przedewszystkiem o uruchomienie, redresyę i wzmocnienie mięśni kręgosłupa. W przypadkach cięższych jedynie wyciągi i gorset oddać mogą usługi. W szkołach powinny być poddawane odpowiedniej gimnastyce już dzieci najmłodsze, skłonne do skrzywień, i właśnie to wczesne leczenie wyda najlepsze wyniki. K.

Joachimsthal. **Sposób Abbotta leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa.** (Berl. klin. Woch. 1913, Nr 15). Sposób Abbotta polega na szybkiem prostowaniu skrzywień z pomocą zagipsowania w położeniu naprzód wygiętem, przyczem w opatrunku zostawia się okna, a to w tym celu, by po stronie wklęsłej ruchy oddechowe rozszerzały klatkę piersiową, a po wypukłej przez okienko uciskać można wypukłość. Do tego leczenia, które rzeczywiście oddaje nieraz dobre usługi (czy trwałe, niewiadomo jeszcze), nadają się głównie skrzywienia w stronę prawą, bo przy lewostronnych opatrunek ten bywa bardzo źle znoszony, a nawet wywoływać może groźne zaburzenia. K.

Schütz. **Przyrząd do mierzenia kąta stawowego.** (Münch. med. Woch. 1913, Nr 19). Przy badaniu uszkodzonych niezmiernie często chodzi o dokładne wymierzenie t. zw. kąta stawowego (największego zgięcia lub wyprostowania). Dotychczasowe przyrządy miały przeważnie tę wadę, że trzeba je było przykładać obok stawu z boku i oceniać kąt nieraz na oko. Przyrząd Schütza natomiast można wkładać w zgięcie stawowe, potem go wyjąć w tem samem położeniu i odczytać kąt. — Schütz podaje obliczenia kątów stawowych, z których wynika, że i u zdrowych ludzi wykazywać mogą one znaczne różnice, co zależy od tego, jak dany staw był ćwiczony. K.

Kantorowicz. **Gorąca kąpiel przy skręceniach stawów.** (Med. Klinik 1913. Nr 19). Zamiast używanych powszechnie zimnych okładów po skręceniach stawów, zaleca K. gorące kąpiele. Zimno jest zbyteczne, bo nie chodzi tu o żadne zapalenie, lecz o wylewy krwawe. Należy zastosować kąpiel (stopniowo dolewając od 28—35° R) o ile możności jak najrychlej po wypadku przez $^1/_2$ godziny i wtedy skutek bywa nieraz zdumiewający. Ruchy są niebolesne i swobodne. Naturalnie po kąpieli wyłączone musi być złamanie lub uszkodzenie kości, bo wtedy bóle się wzmagają; może to nawet być czynnikiem rozpoznawczym. Kąpiel gorącą stosuje potem K. systematycznie 3 razy dnia ew. łącznie z miesieniem. K.

Wilms. **Leczenie fizyczne cierpień stawów, zwłaszcza gruźlicy.** (Międzynarod. kongr. fizyoterapeutyczny, Berlin III, 1913). W. jest stanowczym zwolennikiem zachowawczego leczenia cierpień stawów, zwłaszcza gruźlicy chirurgicznej. Przy cierpieniach gośćcowych i dnawych cenne usługi oddaje rad i tor, przy gruźlicy słońce i promienie Röntgena. Promienie X, cierpliwie i umiejętnie stosowane, wiodą bardzo często do celu, dając znakomite wyleczenia, z zupełnie zachowaną ruchomością stawu, bo kość zniszczona częścią się odradza, częścią zaś ulega wessaniu. Pamiętać należy jednak o tem, że nieraz leczenie miejscowe promieniami Röntgena może pobudzić jakieś inne, odległe ognisko gruźlicze. Leczenie tuberkuliną wydaje także nieraz dobre wyniki. Większe operacye w gruźlicy stawów powinny obecnie przy wczesnem leczeniu już bardzo rzadko znajdować zastosowanie. K.

Rothmann. **Teraźniejszość i przyszłość chirurgii rdzenia.** (Tow. lek. Berlin 1913, II). Chirurgia rdzenia postąpiła znacznie naprzód z chwilą, gdy wobec dobrych rozpoznań zaczęto operować nietylko koło rdzenia, ale i w rdzeniu samym. Najczęstsze wskazania: 1) guzy pozardzeniowe, oponowe, 2) guzy rdzeniowe, 3) zranienia, 4) ciała obce, 5) torbiele, 6) krwotoki itp. Prócz tego wykonuje się na rdzeniu inne operacye. Spiller i Martin przecięli powrózek boczno-przedni celem usunięcia bólów przy nienadającym się do operacyi nowotworze miednicy. Próbuje się też przy ciężkiej atetozie częściowego przecięcia bocznych powrózków piramidalnych w środkowej części rdzenia piersiowego. — Z 21 przypadków śródrdzeniowo operowanych guzów umarło 4, zabiegi więc te mają przed sobą przyszłość. K.

Położnictwo i ginekologia.

Herff. **W sprawie zapobiegania pooperacyjnemu zapaleniu otrzewnej przy laparotomiach nieczystych.** (Gyn. Rundschau 1913 Nr 1). Najtrudniejsze do zaopatrzenia są, zdaniem autora, laparotomie nieczyste, to znaczy takie, gdzie otrzewna zetknęła się z treścią bądź ropną, bądź pochodzącą z zakażonego guza lub zranionego jelita. Jeżeli przytem dostały się do otrzewnej zarazki swoiste, silnie jadowite, to niema skutecznego środka zapobiegawczego, jeżeli zaś dostaje się ropa jałowa, to jest ona obojętna. W przypadkach zaś, gdzie jadowitość bakteryi jest niewielka, a odporność ustroju znaczna, trudno jest ocenić wartość środka zapobiegawczego, a łatwo wpaść w błąd: »post, ergo propter hoc«.

Środkami zapobiegawczymi, jakie stosował H., były: oliwa kamforowa i perhydrol. Oliwę kamforową 1% stosował w ilości do 50 cm³ w 300 przypadkach laparotomii, gdzie otwierał szyjkę macicy, pochwę, pęcherz, jelita. Miał zaś tu na celu również złagodzenie wymiotów i zmniejszenie dolegliwości, wywołanych przez gazy jelitowe, co też do pewnego stopnia powiodło się. Oliwa nie miała jednak wpływu na bardzo jadowite bakterye, a doświadczenia na zwierzętach przemawiałyby za tem, że raczej przyspiesza ona wybuch zakażenia. Uderzającym jest brak wybitnych objawów klinicznych przed śmiercią chorych. Przy zakażeniu niezbyt silnem i pewnej odporności ustroju można było zauważyć pewien dodatni wynik stosowania kamfory; spostrzeżenie to odpowiada jej bakteryobójczym własnościom, które podług Kocha przedstawiają się = 1:200. Wprowadzanie kamfory przed operacyą daje z większą pewnością dobre wyniki, choć czasem zawodzi zupełnie. U zwierząt doświadczenia z oliwą kamforową wypadły na ogół niekorzystnie. — W 12 przypadkach stosował H. perhydrol Mercka, wyłącznie w sprawach ropnych, w szczególności przy raku macicy, w stosunku 1:2 wody przekroplonej. Przebieg co do tętna i ciepłoty był potem uderzająco dobry. Zrostów jelit, którychby się można obawiać, perhydrol nie wywołuje. Autor poleca dalsze badania nad tym środkiem. A. Markowa.

Dührssen. **Przyszycie (ventrifixatio) więzadeł obłych.** (Gyn. Rundschau 1913, Nr 1). Autor poleca swoją metodę poprawiania wadliwego ułożenia macicy, polegającą na podotrzewnem przeciągnięciu z każdej strony przez więzadło szerokie pętli, utworzonej z więzadła obłego i zeszycie tej pętli z rozcięgnem mięśnia prostego. D. wykonał tę operacyę 31 razy jednostronnie, 33 razy obustronnie; nawrót widział raz jeden, a 2 razy następowa ciąża i poród przebiegały prawidłowo. A. Markowa.

Dirks. **O zmianach obrazu krwi przy miesiączce, zmianach miesiączkowych i w okresie pozamiesiączkowym.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Podczas miesiączki ilość limfocytów, wynosząca w prawidłowym obrazie krwi 25—30%, jakoteż komórek eozynochłonnych, wynosząca prawidłowo 0,9%—4%, nieco się zwiększa. Ilość eozynochłonnych wzrasta szczególnie przy miesiączkach obfitych i nieregularnych. Przy braku miesiączki ilość limfocytów się zwiększa, komórek eozynochłonnych zaś zmniejsza. Po wytrzebieniu (castratio) przeważa względna limfocytoza. Zachowanie się komórek eozynochłonnych zależy tu od typu miesiączkowania przed wytrzebieniem. I tak pozostaje

zwykle eozynofilia u kobiet silnie krwawiących także po wytrzebieniu; te same stosunki, jak po wytrzebieniu, istnieją także w okresie pozamiesiączkowym (Menopause).

Dr E. Ehrenpreis.

E. Bumm i W. Sigwart. **W sprawie samozakażenia.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Pytanie to nie zostało jeszcze dotychczas rozstrzygnięte. Jedni zaprzeczają możliwości samozakażenia, inni uznają je tylko wyjątkowo, inni wreszcie twierdzą, że ten właśnie sposób zakażenia rodzących i położnic jest wcale częsty. Pytanie to wikła różne pojęcie autorów o istocie samozakażenia. Należy tu bowiem rozróżnić zakażenie wskutek samorodnego wstępowania drobnoustrojów zewnętrznych do narządu rodnego, i zakażenie takimi drobnoustrojami, które znajdowały się w pochwie i szyjce macicznej rodzących jeszcze przed porodem Tylko ten drugi sposób zakażenia należałoby uważać za samozakażenie w ścisłem tego słowa znaczeniu, o ile dałoby się wykazać, że drobnoustroje bez najmniejszych wpływów zewnętrznych (badanie, narzędzia i t. p.) istotnie same wędrowały ku górze. Autor doszedł do przekonania, że dotychczas nie udało się stwierdzić ani badaniem drobnowidowem, ani spostrzeżeniami klinicznemi, by samozakażenie takie było możliwe lub choćby prawdopodobne, czyli, że nauka o samozakażeniu rodzących i położnic nie ma najmniejszej podstawy. Dr E. Ehrenpreis.

R. Keller. **Czas krzepnięcia krwi i czynność jajników.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Na podstawie licznych doświadczeń i badań doszedł autor do przekonania, że między czynnością jajników, a czasem krzepnięcia krwi kobiecej, nie zachodzi żaden stosunek. Wykazano, że czas, potrzebny do krzepnięcia krwi u kobiet, wynosi średnio 4·65 minut, jest zawsze ten sam, tak u kobiet zdrowych, jak i ginekologicznie chorych, tak przed, jak i podczas i po miesiączce, tak w okresie rozrodczym, jak i przekwitania, tak u ciężarnych, jak i nie ciężarnych. Wyjęcie i zupełne usunięcie jajników stosunków tych nie zmienia.

Dr E. Ehrenpreis.

Herff i Hell. **Sekakornina.** (Arch. f. Gyn. tom 97, III). Mimo takiego zatytułowania zawiera praca także doświadczenia z pituitryną, wzgl. pituglandolem (wyciąg przysadki mózgowej) — z fabryki Hoffmann-La-Roche. Przez porównanie działania sekakorniny i pituitryny na bóle porodowe i wogóle skurcze macicy dochodzi autor do następujących wniosków. Dawka graniczna sekakorniny, wywołująca prawidłowe skurcze macicy, zdaje się być 4—5 razy mniejsza, aniżeli dawka pituglandolu; jeden gram pituglandolu odpowiada $^1/_4$ grama sekakorniny. Dolna dawka graniczna, wywołująca skurcze tężcowe, wynosi co do sekakorniny $^1/_2$ gr., co do pituglandolu 2 gr. Przy powtórzeniu dawek w niezbyt dużych odstępach czasu występuje przy sekakorninie łatwiej działanie zbiorowe (kumulatywne), a więc łatwiej i tężec macicy, aniżeli przy pituglandolu. Przy podskórnem zastosowaniu obu środków wzmaga się najprzód częstość bólów. Wpływ ten występuje przy sekakorninie zwykle już w ciągu pierwszych 10—15 minut, ustaje zaś po 3 godzinach, nie pozostawiając po sobie widocznego zwiotczenia mięśnia macicy (atonia). Działanie sekakorniny jest więc powolne, ale trwałe, rzadko zawodzące. Pituglandol wywołuje zwykle już po 5, a najpóźniej 10 minutach bóle, które zwykle po 2, a rzadziej dopiero po 3 godzinach ustają, pozostawiając po sobie nierzadko wyraźne zwiotczenie mięśnia macicy. Pituglandol działa więc szybko, bóle występują często po sobie, ale działanie nie jest trwałe, a nieraz lek ten pozostaje bez skutku. Oba środki wzmagają nietylko częstość i ilość bolów, ale także ich siłę. Różnica polega na tem, że pituglandol nierzadko tak bardzo przyspiesza i wzmaga ilość bolów, szczególnie w okresie wydalania płodu, że wprost niema przerw między bólami, stan, który dla życia płodu nie jest obojętny, a który przy sekakorninie prawie się nie zdarza, szczególnie jeżeli się nie przekroczy prawidłowej małej dawki (od $^1/_4$ gr.); stały stan skurczowy może jednak wystąpić także przy sekakorninie, jeżeli się ją podaje kilkakrotnie w krótkich odstępach czasu (kumulacya), albo w zbyt dużych dawkach, albo przy użyciu nieodpowiednich przetworów, albo wreszcie przy nieodpowiednim doborze przypadków (krótkie bóle). Gdy więc pituitryna lub pituglandol już same przez się zagrażają niebezpieczeństwem wywołania tężca macicy, to stan ten powstać może przy sekakorninie chyba tylko z winy lekarza. Co się tyczy działania tych środków w przebiegu ciąży, to oba, a szczególnie pituglandol, są zdolne w każdym jej okresie wywołać bóle, lub istniejące wzmocnić, lecz działanie to trwa zbyt krótko, by mogło wywołać poronienie lub skurcze porodowe. Pełne działanie obu środków występuje dopiero w miarę postępu porodu, najsilniej z końcem okresu otwarcia macicy i podczas wydalania płodu. Głównym warunkiem działania tych środków w czasie porodu jest obecność bólów, przyczem dla pituglandolu przy zwykłej dawce 1 gr. konieczne jest także pewne rozszerzenie ujścia i szyjki macicy, warunek, który przy sekakorninie nie musi być ściśle przestrzegany. W okresie poporodowym znaczenie pituglandolu jest bardzo małe, środkiem wyboru pozostanie zawsze sekakornina (1—2—3 cm.) Jedynie tylko przy nagłych i bardzo silnych krwotokach z powodu niedowładu mięśnia macicy, gdzie chodzi o jak najszybsze wywołanie skurczów, należy zastosować pituglandol, i to zawsze w połączeniu z sekakorniną ze względu na możliwość następowego zwiotczenia macicy po zastosowaniu pituglandolu. Dr E. Ehrenpreis.

G. Viville. **Stosunek miesiączkowania do całego ustroju przy chorobach kobiecych.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III).

Schmotkin. **Badania kliniczne nad miesiączkowaniem u zdrowych.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III).

Porównując piśmiennictwo ze swojemi badaniami dochodzi autorka (Viville) do przekonania, że dotychczasowe twierdzenia o zmianach zjawisk życiowych w znaczeniu ujemnem u kobiet w czasie miesiączki, dalej o t. zw. falowaniu tych zjawisk w życiu każdej kobiety, nie mają zupełnie zastosowania u kobiet zdrowych i odnoszą się może tylko do chorych. U kobiet zdrowych odbywają się więc wszystkie czynności życiowe zawsze jednostajnie bez względu na miesięczne okresy peryodów. Autorzy badali skrupulatnie w tych okresach zachowanie się ciśnienia krwi, krzywej tętna i ciepłoty, jako też siły mięśniowej, i z wyjątkiem nieznacznych wahań w niektórych tylko przypadkach nie zauważyli różnic, mogących tu wchodzić w rachubę w porównaniu z okresami pozamiesiączkowymi.

Dr E. Ehrenpreis.

Prof. Freund. **O rzucawce porodowej i jej leczeniu na podstawie 551 przypadków.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Jakkolwiek teorya o łożyskowem pochodzeniu rzucawki zdaje się wkraczać na właściwą drogę do prawdy, to jednak trucizny samej jeszcze nie znamy. O leczeniu więc przyczynowem na razie nie może być mowy. Do pewnego stopnia jednak można nazwać leczeniem przyczynowem jak najwcześniejsze opróżnienie macicy, ponieważ to wiemy na pewno, że rzucawka jako taka spowodowana jest stanem ciążowym. Wczesne opróżnienie macicy usuwa równocześnie inny bardzo ważny czynnik szkodliwy, a mianowicie samą czynność porodową. Dla oceny istotnie korzystnego wpływu wczesnego i szybkiego rozwiązania powinny przyszłe obszerne statystyki, jako punkt wyjścia dla obliczeń, uwzględnić jedynie tylko okres między pierwszym napadem rzucawki i zupełnie ukończonym porodem (po odejściu łożyska), a nie jak dotychczas ilość napadów, poprzedzających poród. Rzucawki połogowej nie należy uważać jak dotąd, za przypadek wcześnie rozwiązany, ale raczej za najpóźniej rozwiązany, ponieważ kobiety te zwykle przechodzą poród na czasie, a więc odbywają całą czynność porodową, tak dla wystąpienia rzu-

cawki szkodliwą. Przeciwnicy wczesnego rozwiązania rozumują fałszywie, twierdząc, że wczesny poród, bo wogóle jeszcze przed pierwszym napadem (jak to właśnie zachodzi przy rzucawce połogowej), najlepiej o tem świadczy, iż wczesne rozwiązanie nie jest uzasadnione; w rzeczywistości należy raczej przyjąć, że odbycie pracy porodowej rzucawkę wprost wywołało. Dla oceny więc rokowania i leczenia rzucawki połogowej należy ułożyć osobną statystykę. Jak dotąd, najważniejszem i najbardziej celowem leczeniem przy rzucawce ciążowej i porodowej powinno być jak najwcześniejsze rozwiązanie, a przy połogowej upusty krwi, wlewania soli kuchennej lub rozczynu cukru trzcinowego w połączeniu ze środkami usypiającymi. Stosowanie samych tylko narkotyków nie jest uzasadnione.

E. Ehrenpreis.

G. Rassier. **Przypadek nabłoniaka kosmówkowego jajowodu w następstwie ciąży zewnątrzmacicznej.** (Arch. f. Gyn. t. 97, zesz. III). Przypadek autora jest wogóle jedenastym dotychczas opisanym, dowód nadzwyczajnej rzadkości. Rozpoznanie jest trudne, szczególnie, jeżeli się nie pamięta o możliwości powstania nowotworu złośliwego w miejscu pierwotnego usadowienia się ciąży w jajowodzie. A przecież powinny niektóre objawy już wcześnie zwrócić uwagę na tę możliwość: stała bolesność, złe wyglądanie i nadzwyczajne wychudnięcie (40 klg. w 4 miesiącach), częste omdlewania i krwawe plwociny, to nie są zwykłe objawy po przebyciu ciąży zewnątrzmacicznej. Wczesne rozpoznanie jest tem ważniejsze, że nowotwory te należą do najzłośliwszych; przerzuty w pochwie, wątrobie, płucach i mózgu występują już bardzo wcześnie, a nawroty są częste. Rokowanie jest bezwzględnie złe, gorsze, aniżeli przy podobnych nowotworach macicy. Przypadek autora stanowi znowu przestrogę, aby ciążę zewnątrzmaciczną jak najwcześniej operacyjnie usuwać.

E. Ehrenpreis.

K. Franz. **W jaki sposób można poprawić stałe wyniki po operacyach raka macicy.** (Arch. f. Gyn. t. 97, III). Na to pytanie daje autor na podstawie obfitego materyału klinicznego i histologicznego następującą odpowiedź. Operować o ile możności jak najwcześniej, rozszerzyć granice wskazania do operacyi o ile możności jak najdalej, dążyć wszelkimi środkami techniki operacyjnej do zmniejszenia śmiertelności (szybkie operowanie), wystrzegać się następowych przeszczepiań w ranie operacyjnej i zakażeń, utrzymywać operowane pod ciągłą kontrolą lekarską przez częste badanie celem jak najwcześniejszego odkrycia nawrotu, wreszcie częściej operować nawroty, aniżeli dotychczas.

E. Ehrenpreis.

Prof. Schickele. **Przyczynek do fizyologii i patologii jajników.** (Arch. f. Gyn. tom 97, zesz. III). Oddawna już zajmowano się główną cechą krwi miesiączkowej, a mianowicie jej względną niekrzepliwością. Liczne doświadczenia wykazały, że sok wyciśnięty z macicy i jajników hamuje krzepliwość krwi, a wstrzyknięty do żyły obniża ciśnienie wskutek rozszerzenia naczyń; nie ulega więc wątpliwości, że w macicy, a jeszcze więcej w jajnikach znajdują się substancye, wywołujące rozszerzenie naczyń i utrudniające krzepnięcie krwi. Czynność jajników co do miesiączki tłómaczy autor w następujący sposób: Faktem jest, że bez jajników nie ma miesiączkowania; substancye, wywołujące miesiączkę, wytwarzają się więc w jajnikach, skąd drogą krwi dostają się do macicy. Gdy substancye te nagromadzą się w niej w dostatecznej ilości, następuje rozszerzenie naczyń, a więc przekrwienie, i to głównie w śluzówce macicy. Ściany naczyń drobnych i włosowatych stają się coraz bardziej soczyste, pęcznieją, zmieniają się szklisto i stają się w tym okresie znaczniej przepuszczalne, przez co powstaje obrzęk śluzówki i obfite wydzielanie z jej gruczołów. W miarę coraz dalszego postępu tych zmian naczyniowych, gruczołowych i samej śluzówki, jakoteż coraz silniejszego przekrwienia, dochodzi wreszcie do wydostania się cieczy nagromadzonej w śluzówce i krwi niekrzepliwej na zewnątrz. Krwawienie ustaje z chwilą, gdy substancye, o których wyżej była mowa, odejdą w zupełności na zewnątrz wraz z krwią miesiączkową.

Autor przypuszcza, że substancye, wywołujące miesiączkę, wytwarzają się w mieszkach jajników. Dlatego to, dopóki mieszki dojrzewają u dzieci, dopóty miesiączkowania nie ma; z chwilą dojrzewania odpowiedniej ich ilości, a więc i nagromadzenia się w nich substancyi wyżej wspomnianych, postąpiły już odpowiednie zmiany anatomiczne w macicy do tego stopnia, że pierwsza miesiączka może wystąpić. Być może, że na czynność jajników, wywołującą miesiączkę, składają się różne substancye, że np. niekrzepliwość krwi miesiączkowej wywołują jedne, a rozszerzenie naczyń inne substancye. Te drugie substancye są prawdopodobnie potrzebne tylko o tyle, o ile doszło do ciąży (utrzymanie krwi płynnej jako odżywki dla jaja płodowego), o ile zaś ciąża nie powstała, są one niepotrzebne, a może nawet dla ustroju szkodliwe. Cel i znaczenie każdej miesiączki polega właśnie na tem, aby odprowadzić na zewnątrz substancye dla ustroju niepotrzebne, a zarazem zniszczyć nabłonek rzęskowy śluzówki macicy i ułatwić tem samem zapłodnienie. Nie ulega wątpliwości, że obfite miesiączki i nieregularne krwawienia, którym w ostatnich latach tak chętnie nadają miano »endometritis« lub »metritis« i które tak często leczy się bezskutecznie wyskrobaniem macicy, odnieść należy w wielu przypadkach właśnie do tego, że przyczyna tych krwawień zupełnie nie leży w zmianach śluzówki, lecz w nadmiernem wytwarzaniu się powyżej wspomnianych substancyi, wstrzymujących krzepnięcie krwi i rozszerzających naczynia, a nagromadzonych w zbytniej ilości w ścianie macicy lub w jej śluzówce. Autor przypuszcza, że dużo przypadków krwawień macicznych przy mięśniakach i polipach śluzowych, jakoteż przy tyłozgięciu macicy, również odnieść należy do nagromadzenia powyższych substancyi w wielkiej ilości w macicy; za tem przemawia zresztą najlepiej skuteczność leczenia upartych krwawień, polegającego na wyjęciu jajników lub wywołaniu ich zaniku zapomocą promieni Röntgena.

E. Ehrenpreis.

Sprawy Towarzystw naukowych.

VI. posiedzenie naukowe lekarzy szpitala św. Łazarza w Krakowie

z dnia 7. III. 1913.

Przewodniczy dyrektor Dr Krzyszkowski. Obecnych 28.

1) Kol. Dr Drobniewicz wygłosił referat: **Stosowanie kamfory przy laparotomiach.** (Rzecz przeznaczona do druku).

2) Kol. Dr Türschmid przedstawia z oddz. I. A następujące przypadki: a) Chory z **wysiękowem zapaleniem osierdzia** (obraz rentgenologiczny i krzywe tętna). b) Przypadek typowego **zwężenia ujścia tętniczego lewego** u osobnika 20-letniego. c) Przypadek **odmy opłucnej w połączeniu z wysiękiem ropnym** (pyopneumothorax) z objawami Biermera i pluskaniem (succussio Hippocratis), obraz rentgenologiczny. d) Dwa przypadki **zaczadzenia.** e) **Carcinosis peritonei ac omenti;** u chorej tej od ostatniej operacyi w przeciągu miesiąca zebrał się w jamie brzusznej płyn surowiczo-krwawy w ilości 16 litrów.

3) Kol. Dr Pisarski przedstawia następujące przypadki z oddziału chirurgicznego:

a) B. J., l. 50, rolnik. Chory cierpi od 3 tygodni na częste oddawanie moczu. Mocz oddziaływa zasadowo; w osadzie duża ilość ropy. Badanie narządów wewnętrznych nic

szczególnego nie stwierdza. Cystoskopia: błona śluzowa silnie, równomiernie nastrzykana; obrysy drobniejszych naczyń tętniczych zatarte; silne beleczkowanie; pomiędzy beleczkami dużo drobnych uchyłków; na bocznej lewej ścianie pęcherza otwór wielkości guldena, po przejściu którego cystoskopem dostaje się do dużej przestrzeni, o gładkich, jasnych ścianach; beleczkowania tutaj nie widać, a naczynia krwionośne mają zatarte obrysy. Położenia ujść moczowodów nie stwierdzono, gdyż leżą prawdopodobnie w uchyłkach.

Rozpoznano: **Diverticulum vesicae, cystitis.** Z cięcia nadłonowego wypreparowano cały uchyłek, który leżał na tylnej ścianie pęcherza, odcięto go, a w otwór w pęcherzu, powstały przez odcięcie uchyłka, wszyto lewy moczowód, który wchodził do uchyłka. Badanie drobnowidowe ściany uchyłka wykazuje brak prawie zupełny nabłonka powierzchniowego, gdzieniegdzie tylko widoczne są jeszcze na powierzchni jego szczątki. Błona śluzowa jest wyraźnie obrzękła, nierównomiernie drobnokomórkowo naciekła, w wielu miejscach z wyraźnem usadowieniem nacieków około naczyń. Warstwa mięsna jest zachowana i wśród niej miejscami dają się jeszcze wyróżnić 3 zwykłe pokłady, lecz cała ta warstwa jest wogóle silnie poprzerastana przez tkankę łączną, tu i owdzie zaś wśród niej widoczne są również nieznaczne nacieki drobnokomórkowe. Cały ten obraz przemawia za tem, że mamy tutaj uchyłek prawdziwy. Przebieg pooperacyjny był bardzo dobry. Po czterech tygodniach wykonana cystoskopia stwierdziła dobrze wgłębiony do ściany pęcherza lewy moczowód.

b) J. K., l. 25, piwowar. U chorego, u którego przed rokiem usunięto prawą nerkę z powodu gruźlicy i któremu obecnie naświetlano promieniami Röntgena przetoki pooperacyjne, wystąpił nagle bezmocz z objawami mocznicy. W 24 godzin po wystąpieniu bezmoczu, odsłonięto lewą nerkę i wyłuszczono z torebki; ranę całkowicie zeszyto. Już popołudniu tego dnia oddał chory kilkadziesiąt cm^3 moczu, a objawy mocznicy ustąpiły. Od tej chwili stopa moczenia stale się zwiększała, a stan chorego ogólny stale się poprawiał. W pięć tygodni po operacyi wykonana cystoskopia stwierdziła, że indygokarmin wydzielał się z lewego moczowodu po 8 minutach. W moczu mała ilość białka.

c) K. M. Chora zgłosiła się na oddział położniczy jako rodząca, gdzie po paru godzinach urodziła siłami natury płód żywy, donoszony. Zaraz przy pierwszem badaniu rozpoznano u chorej niedrożność jelit; ponieważ niedrożność ta w 24 godzin po porodzie utrzymywała się, przeniesiono chorą na oddział chirurgiczny. Tutaj stwierdzono: brzuch silnie wzdęty, szczególnie po stronie lewej i w okolicy żołądka; odgłos opukowy wszędzie bębenkowy; przy dotykaniu mierna bolesność brzucha. Widoczne stawianie się pętli jelitowych. Macica sięga do pępka. Rozpoznano: **Torsio flexurae sigmoideae.** Natychmiast przystąpiono do otwarcia jamy brzusznej, przyczem okazało się, że pętla esowata była o 180° skręconą i silnie rozdętą; pętlę odkręcono, rurką przez odbytnicę wyprowadzono gazy, a następnie zeszyto powłoki brzuszne. Przebieg pooperacyjny prawidłowy. W trzy tygodnie później wykonano wycięcie pętli esowatej. Krezka esicy była bliznowato zmieniona i bardzo wązka. Po 4 tygodniach opuściła chora oddział w zupełnie dobrym stanie.

d) W. M., l. 36. Chora cierpi stale na uporczywe zaparcie stolca, trwające czasem 7 dni. Podczas ciąży, których chora już 4 przebyła, dolegliwości te staja się jeszcze uporczywsze. Obecnie znajduje się chora w 5. miesiącu ciąży; od 3 dni silne bóle w dolnej części brzucha, zatrzymanie stolca i wiatrów; równocześnie wystąpiły wymioty, które do tej chwili się utrzymują. Bóle są ciągłe, od czasu do czasu stają się jednak większe, kurczowe. Brzuch silnie w całości wzdęty, najwięcej w okolicy pępkowej. Po lewej stronie czuć przy przesuwaniu ręką wał, który ginie w lewem podżebrzu; podobny wał przebiega poprzecznie ponad pępkiem. Odgłos opukowy wszędzie wysoko bębenkowy; stłumień żadnych nigdzie stwierdzić nie można. Osłuchując, stwierdzić można ponad brzuchem pluskanie z podźwiękiem metalicznym. Stawiania się jelit niema, ale przy napadzie kurczowego bólu stają się wały nieco twardsze. Macica sięga 4 palce poniżej pępka. Rozpoznano: **Torsio flexurae sigmoideae in gravida.** Po otwarciu jamy brzusznej znaleziono esicę skręconą o 180° i silnie rozdętą. Krezka okazała się bliznowatą, a punkty podstawowe bardzo do siebie zbliżone. Esicę po wypuszczeniu gazów rurką, wprowadzono do jamy brzusznej i zaszyto powłoki. W 13 dni po operacyi opuściła chora oddział.

4) Kol. Blay przedstawia preparaty, uzyskane drogą operacyjną na oddziale ginekologicznym:

a) **Kystoma ovarii simplex,** — godny uwagi ze względu na ogromne rozmiary (waga 12 kg); w związku z tem omawia kol. B. pokrótce podział guzów jajnikowych, usadowienie ich, sposób wzrostu i rokowanie.

b) **Embryoma** (płodziak), w którym na przekroju makroskopowo wybitnie znać wytwory trzech listków zarodkowych: tkankę kostną, chrząstkową, mięsną, nerwową, oraz skórę. Guz ten, który bez wielkich technicznych trudności dał się wydobyć, sprawiał przy badaniu wrażenie mięsaka, wychodzącego z kości miednicy.

c) Wreszcie omawia kol. B. dwa przypadki **ciąży jajowodowych** pękniętych z objawami ostrej niedokrwistości i zwraca uwagę na ważność szybkiego rozpoznania i operowania. Sekretarka: Dr A. Markowa.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 4. III. 1913.

1) J. Bełkowski: **Krwiomocz po podawaniu urotropiny w durze brzusznym.** Z pośród 4 przypadków krwiomoczu zależnego od urotropiny, spostrzeganych w ostatnich czasach na oddziale Chełchowskiego, B. zwraca główną uwagę na jeden, który zakończył się śmiercią i w którym badanie pośmiertne stanowić może przyczynek do wyjaśnienia nieustalonej dotąd patogenezy tego zjawiska. Był to chory z ciężkim przebiegiem duru, u którego w 6 dni od czasu podawania urotropiny wystąpił krwiomocz i objawy trudnego moczenia. Po odstawieniu urotropiny objawy te ustąpiły po kilku dniach, ale stan chorego pogorszył się i wkrótce nastąpiła śmierć. Na sekcyi, prócz rozległych owrzodzeń w jelicie cienkiem, znaleziono wybroczyny krwawe w pęcherzu, zajmujące jego dno i zlewające się w jedną krwawą powierzchnię; w moczowodach i szyjce pęcherza wykryto jedynie wybroczyny punkcikowate, w nerkach zaś i miedniczkach nerkowych zmian nie stwierdzono. A więc krwiomocz zależał od podrażnienia pęcherza; zmiany w pęcherzu polegały na złuszczeniu warstw powierzchownych nabłonka i wytworzeniu się wybroczyn, które były punktem wyjścia dla krwiomoczu (B. przedstawił preparaty makroskopowe i mikroskopowe z tych miejsc pęcherza). W pozostałych 3 przypadkach krwiomoczu urotropinę stosowano również z powodu duru brzusznego, a objawy kliniczne pozwalały przypuszczać, że i w tych przypadkach krwiomocz zależał również od podrażnienia pęcherza moczowego. Patogeneza krwiomoczu po stosowaniu urotropiny nie jest jeszcze ustalona. Możnaby przypuszczać, że w przypadkach omawianych następuje wzmożony rozpad urotropiny na formalinę i amoniak, a od nadmiernej ilości wytwarzanej formaliny zależy podrażnienie dróg moczowych, wzgl. krwiomocz. Ponieważ krwiomocz najczęściej się spotyka po stosowaniu urotropiny w ciężkich chorobach gorączkowych, kiedy urotropina łatwiej rozkłada się w ustroju wskutek podniesionej ciepłoty, wzmożonej kwaśności i większego stężenia moczu, to już z tego wnosić można, że w pęcherzu powstają warunki najbardziej sprzyjające podrażnieniu;

ciężko bowiem chorzy oddają mocz rzadko, a jeśli mocz zawierający formalinę, dłużej pozostaje w pęcherzu, to oczywiście działanie toksyczne formaliny przedewszystkiem na nim odbić się musi. Urotropinę stosowano na oddziale Chełchowskiego w 40 przypadkach duru brzusznego od czasu, kiedy Chauffard (1911 r.) zalecił ją, jako środek leczniczy w ostrych sprawach zakaźnych dróg żółciowych i w durze brzusznym. Chorzy znosili urotropinę dobrze pomimo długotrwałego podawania; w 4 jednak przypadkach (10%) wystąpił krwiomocz. Powikłanie to nie wpływało szkodliwie na przebieg duru i po zaniechaniu urotropiny szybko przemijało. Sądząc z przebiegu choroby w wspomnianych 40 przypadkach, należałoby przypuszczać, że urotropiny (0,5—0,6, 3—4 razy dziennie) nie można uważać za lek swoisty w durze: z drugiej strony niezłe naogół wyniki leczenia (7,5% śmiertelności) zachęcałyby do dalszych w tym kierunku spostrzeżeń.

W dyskusyi: a) Wojciechowski zaznacza, że stosując oddawna bardzo często urotropinę w cierpieniach dróg moczowych, ani razu nie widział powikłań lub szkodliwych objawów po jej użyciu. b) Szmurło przypomina, że przed kilku laty wypowiedziano zdanie, iż w płonicy urotropina zapobiega zapaleniu nerek; stosowanie jej nie wywoływało krwawienia, coby przeczyło wnioskom prelegenta. c) A. Sokołowski zapytuje, czy przypadków nacieczenia krwawego błony śluzowej pęcherza w durze po wzięciu urotropiny nie należałoby raczej stawiać w zależności od ciężkości sprawy durowej; wiadomo, że nieraz w durze występują nietylko obfite krwawienia z błon śluzowych, ale również wybroczyny krwawe w tkankach i narządach. Urotropina jest szeroko stosowana i nie wywołuje bynajmniej ubocznych wpływów ujemnych na ustrój chorego. S. zna chorych, którzy wskutek zaburzeń przeważnie nerkowych i pęcherzowych całemi latami zażywają urotropinę, która stale działa dodatnio, nie wywołując objawów ujemnych. d) Bondy zwraca uwagę na brak nabłonka na śluzówce przedstawionego preparatu pęcherza i wyraża przypuszczenie, że zmiany anatomiczne w pęcherzu mogły istnieć już przed podawaniem urotropiny i mogły być przyczyną krwiomoczu. e) Otto zapytuje prelegenta o ciepłotę u chorego z wybroczyną w pęcherzu oraz o charakter wysypki durowej u niego; rodzi się bowiem przypuszczenie, czy przyczyną krwiomoczu nie była zjadliwość zarazka, wywołującego czasem wybroczyny w rozmaitych narządach w przebiegu duru. Zaznacza przytem, że sam, podając w durze urotropinę, ani razu nie spostrzegał krwiomoczu. f) Bełkowski w odpowiedzi zaznacza, że chodziło mu głównie o to, ażeby wykazać, iż krwiomocz po stosowaniu urotropiny zależy przeważnie od podrażnienia pęcherza moczowego i że nerki w tych przypadkach mogą nie ulegać żadnemu podrażnieniu. Że w durze, jak i w innych chorobach zakaźnych, tkanki ustroju są podatniejsze na działanie toksyczne urotropiny, wzgl. formaliny, wynikałoby już z tego, iż przypadki krwiomoczu po stosowaniu tego leku zdarzają się daleko częściej w chorobach zakaźnych, i w tych jednak przypadkach podrażnieniu ulegać może tylko pęcherz, gdyż ściany jego najdłużej są w zetknięciu z moczem. Co się tyczy przypuszczenia kol. Bondy, to prelegent zgodzić się z niem nie może, gdyż zmiany anatomiczne, które widać na preparatach, mają wszystkie cechy zmian świeżych bez rozrostu tkanki łącznej, a mocz przed stosowaniem urotropiny był dokładnie badany i w osadzie nie znaleziono nic takiego, coby wskazywało na cierpienie pęcherza.

2) J. Szmurło: **O polipach nosowogardłowych i ich leczeniu.** Polipy nosowogardłowe należą do nowotworów względnie bardzo rzadkich. Kobyliński do roku 1908 zebrał w całem piśmiennictwie zaledwie 287 przypadków tego nowotworu; Kijewski i Wróblewski ogłosili 14 przypadków polipów nosowogardłowych, spostrzeganych przez nich do 1894 r.; zdaniem Wellsa istnieją laryngolodzy, którzy nigdy nie widzieli tego guza. Nowotwór ten zdarza się najczęściej w wieku młodzieńczym, pomiędzy 10—25. rokiem życia; po roku 25. spotyka się go rzadziej, aczkolwiek $^1/_5$ przypadków przypada na ten okres życia. Dotyka przeważnie płeć męzką. Miejscem przyczepu według Nelatona jest część podstawna kości potylicznej, gdzie guz wychodzi z chrząstki włóknistej podstawnej. Zdanie to, przyjęte przez wszystkich chirurgów oraz większość laryngologów, zostało poważnie zachwiane przez profesora Jacqueta, który na materyale własnym oraz innych laryngologów, zwłaszcza francuzkich, stwierdził, że najczęstszem, niemal wyłącznem miejscem przyczepu tego guza jest trzon kości klinowej oraz wgłębienie między kością klinową i sitową, a więc najwyżej i najgłębiej położona część nosa. Za tym poglądem przemawia i kierunek wzrostu nowotworu, który zwykle bywa jednostronnym, przenikającym mniej lub więcej głęboko do nosa; gdyby wychodził z trzonu kości potylicznej, powinienby rosnąć przeważnie w kierunku jamy nosowogardłowej i zatykać obie połowy nosa. W sprawie pochodzenia guza istnieje wiele teoryi. Najdawniejszą i najpopularniejszą jest teorya Beuscha, która objaśnia zjawianie się guza, jego nadzwyczajną siłę wzrostu, przewagę u płci męzkiej, oraz skłonność do przemian wstecznych po 25. roku życia, nadmiarem materyału odżywczego, dowożonego do podstawy czaszki w okresie dojrzewania. W okresie życia dziecięcym czaszki u obu płci rosną jednakowo, dopiero podczas dojrzewania płciowego następuje różnica, wskutek czego polipy u mężczyzn zdarzają się częściej, niż u kobiet; na czem wszakże ta różnica polega, autor nie mówi. Ferreri widzi analogię między wyroślami adenoidalnemi, a polipami nosowogardłowymi, które uważa nie za nowotwory, lecz za nowotworzenie się tkanki łącznej, i czyni ich pochodzenie zależnem od zaburzeń działalności wydzielniczej przysadki mózgowej i gardłowej. Przeczy wszakże temu niewątpliwie nowotworowy charakter polipa, który jest typowym włókniakiem, dalej nie tyle analogia, ile antagonizm między polipem i wyroślami, brak wreszcie jakichkolwiek innych objawów, stwierdzających cierpienie przysadki. Również mało uzasadnione są inne teorye (Delsanz, Hirschberg), wyprowadzające początki nowotworu ze struny grzbietowej, oraz z pierwiastków nabłonkowych i łącznotkankowych pierwotnego kanału gardłowego. Prelegent przypuszcza, że w etyologii polipów prawdopodobnie gra rolę uraz nosa, wywołujący często złamanie i skrzywienie przegrody, połączone ze zmianami zapalnemi w okostnej tylnej części lemiesza u jego podstawy, gdzie zwykle obok trzonu kości klinowej istnieje miejsce przyczepu polipa. Pod względem anatomo-patologicznym polipy nosowogardłowe dzielimy na twarde i miękkie. W pierwszych istnieje przewaga pierwiastków łącznotkankowych i nieznaczna liczba naczyń, w miękkich mamy dużo naczyń różnej wielkości. Twarde polipy mało lub wcale nie krwawią, miękkie dają bardzo obfite krwotoki przy najmniejszej przyczynie. Oprócz tych spotykamy jeszcze włókniako-naczyniaki, w których pośród pościeliska łącznotkankowego znajduje się mnóstwo naczyń o cienkich jednostronnych ścianach. Takie polipy nieraz pomimo pozoru włókniaka twardego również krwawią obficie; rokowanie w tych razach jest bardzo poważne, śmiertelność wynosi około 10%. Zejście śmiertelne następuje najczęściej wskutek krwotoku niezwłocznie lub w kilka godzin po operacyi. Późniejszą śmierć wywołuje zazwyczaj posocznica czysta lub w postaci zapalenia płuc septycznego (przypadek prelegenta). Zdarzają się często nawroty. Wyzdrowienie bywa w 78% przypadków.

Leczenie bywa rozmaite, zależne od charakteru guza, jego wielkości i siedziby. Polipy twarde niekrwawiące najlepiej usunąć pętlą zimną lub gorącą. Polipy miękkie łatwo krwawiące, wywołujące wybitną niedokrwistość, najlepiej niszczyć zapomocą elektrolizy, przyczem należy używać prądów o napięciu od 40 do 100 miliamperów. Zabieg ten stosować trzeba w przerwach 3 do 4-dniowych. Po kilku pierwszych zabiegach zazwyczaj zjawia się z po-

cządku niewielka, ale stopniowo wzmagająca się drożność nosa, co dodaje wielkiej otuchy choremu. Tą drogą można zniszczyć największe polipy w ciągu 20 do 30 posiedzeń. Nieznaczne resztki najlepiej usuwać pętlą lub kleszczami. Nieprzyjemną stronę elektrolizy stanowi tworzenie się suchych strupów, jak w nieżycie zanikowym. Guzy, wypełniające jamę nosowogardłową, należy usuwać przez jamę ustną pętlą lub kleszczami, wielkie zaś guzy najlepiej zapomocą operacyi Mourea lub Denkera. Dla lepszego dostępu do wnętrza nosa Moure przeprowadza cięcie od brwi odpowiedniej strony z boku nosa aż do jego skrzydła, usuwa kość nosową oraz część wyrostka czołowego szczęki górnej. W ten sposób powstaje szeroki otwór, przez który można usunąć nawet największy guz. Denker usuwa całkowicie ścianę przednią i wewnętrzną zatoki szczękowej, co zapewnia szeroki dostęp do wnętrza nosa. Jeśli nowotwór przenika do jamy klinowo-szczękowej, Denker nie oszczędza i tylnej ściany jamy Highmora.

W dyskusyi: a) Kryński nie zgadza się z prelegentem, aby w leczeniu polipów nosowogardłowych wystarczały zabiegi, używane przez laryngologów. Jeśli guz dochodzi do znacznej wielkości, jeśli ma przyczep szeroki na dolnej powierzchni kości podstawnej, to wymienione przez prelegenta sposoby bywają niedostateczne, a często niewykonalne. Wynik dodatni osiągnąć można jedynie zapomocą większej operacyi chirurgicznej. Pomijając szereg metod, dążących do miejsca siedziby guza od zewnątrz przez wycięcie czasowe nosa lub kości jarzmowej, większość przypadków takich dużych guzów nosowogardłowych operować można z powodzeniem od strony jamy ust, przecinając podłużnie podniebienie miękkie, a nieraz i część twardego, które po usunięciu guza zaszywa się dokładnie. Postępowanie to zastosował Kr. parokrotnie w takich przypadkach z bardzo dobrym wynikiem. W ten tylko sposób chirurgiczny można, kierując się wzrokiem i dotykiem, dojść do podstawy nowotworu, usunąć go możliwie doszczętnie, aby zapobiedz nawrotowi, i dokładnie opanować krwawienie, niekiedy bardzo obfite. Tego wszystkiego nie można osiągnąć ani elektrolizą, ani żadną z uważanych przez prelegenta za wystarczające metod laryngologicznych.

b) Srebrny zapytuje, czy prelegent, mówiąc o typowych polipach nosowogardłowych, nie popełnia błędu, przytaczając statystyki, w których są zebrane i nowotwory złośliwe jamy nosowogardłowej (statystyka Kijewskiego i Wróblewskiego obejmuje również kilka takich przypadków). Co do miejsca przyczepu włókniaków, Sr. przytacza spostrzeżenie, w którem guz ten, dążący i do nosa, zrośnięty był ze stropem, zewnętrzną ścianą nosa, przegrodą, tylną ścianą gardła i podstawą czaszki; guz ten był twardy i mocno utkwiony (polypus fibrosus telangiectodes). Polemika prelegenta z Ferrerim co do zależności typowych polipów jamy nosowogardłowej od zmian w przysadce mózgowej polega na błędzie ze strony prelegenta, albowiem autorzy włoscy mówią o związku tych guzów i wyrośli adenoidalnych nie z przysadką mózgową, lecz z opisaną przez jednego z nich przysadką gardłową. Sz. nie zgadza się z przypuszczeniem prelegenta, aby w etyologii typowych polipów nosowogardłowych grać mogły jakąś rolę skrzywienia przegrody nosa; przeczy temu wielka częstość tych ostatnich w porównaniu z względną rzadkością omawianych nowotworów. Wreszcie Sr. dodaje, że spostrzegał i operował włókniaka jamy nosowogardłowej u przeszło 60-letniego mężczyzny.

c) Sokołowski zaznacza, że polipy gardłowonosowe, nawet bardzo wielkie, nie są u nas tak rzadkie. Sam Sok. operował conajmniej kilkanaście takich przypadków, zawsze pętlą zimną, wprowadzoną przez nos. Co do polipów miękkich, krwawiących i rozrastających się szybko, to Sok. na mocy własnego doświadczenia sądzi, że są to w ogromnej większości przypadków nowotwory złośliwe, przeważnie mięsaki, i że ich operowanie pętlą zimną czy gorącą jest bardzo ryzykowne ze względu na obfite krwotoki. Dlatego też istotny postęp w ich leczeniu przedstawia elektroliza, zapomocą której prelegent otrzymał tak dobre wyniki.

d) Szmurło w odpowiedzi Kryńskiemu zaznacza, że przez jamę ustną nie można usunąć długich wyrostków, idących do jamy nosowej, o czem się przekonał w dwu przypadkach, operowanych przez chirurgów. Elektroliza nie jest bynajmniej zabiegiem długo trwającym, jeśli zważyć, że daje choremu możność pozbycia się guza. Po kilku posiedzeniach chory czuje się doskonale, bo czynność oddechowa nosa wraca, chory chętnie się więc zgadza na dalsze, nieco nawet bolesne stosowanie tego zabiegu. Zresztą zabiegu tego używać należy wyłącznie w przypadkach polipów miękkich, łatwo krwawiących, których operowanie grozi śmiercią wskutek utraty krwi. W odpowiedzi Srebrnemu zaznacza Szmurło, że aczkolwiek skrzywienia przegrody wogóle są sprawą częstą, to skrzywienia znaczne chrząstkowo-kostne występują zaledwie w 15% przypadków. W takich skrzywieniach, zwłaszcza zależnych od urazu, możliwe jest owo przypuszczalne zapalenie okostnej, które może być punktem wyjścia dla nowotworu. O przysadce gardłowej w odczycie swym wspomina, rola jej wszakże, jak można sądzić z prac autorów włoskich, jest dość niejasna, a nawet obraz jej mikroskopowy, podawany przez Ferreriego, nasuwa wiele wątpliwości.

Tadeusz Borzęcki.

Towarzystwo lekarskie polskie w Kijowie.

Posiedzenie z d. 16. I. 1913.

Przewodniczący Knothe. Obecnych członków 28.

1) M. Łążyński. **W sprawie przesądu w medycynie.** Wszystkim wiadomo, jak rozpowszechniony jest zabobon w sprawach lecznictwa i higieny wśród ludu; nie wolne też są od niego sfery oświecone; wreszcie dość często spotykamy się z przesądami leczniczymi również u lekarzy. Te ostatnie, to pewne idee i oparte na nich postępowanie w zakresie nauki lekarskiej (teoryi i praktyki), niezgodne z bezstronnem logicznem rozumowaniem i bezstronną oceną zjawisk życiowych, sumiennie badanych. Idee to jednak, mające źródło w dobrej wierze, że tak, a nie inaczej należy dla dobra nauki i cierpiącej ludzkości postępować. Tem różni się przesąd od szarlataneryi. Przesądu nie należy utożsamiać z niewiadomością, nieuctwem i zacofaniem. Rozmaite są źródła przesądu w świecie lekarskim. Oto najważniejsze: mniemanie, że medycyna jest tylko nauką, nie zaś sztuką, wymagającą swoistej techniki, przesadny konserwatyzm, zbytnia nieufność względem nowych zdobyczy wiedzy, nadmierny pochop do rzeczy nowych, nowych sposobów i środków leczniczych, ignorowanie zjawisk przyrody i spostrzeżeń klinicznych na korzyść teoryi, wysnutych »a priori«; zasklepianie się w wązkich granicach pewnej specyalności, bezkrytyczne zaufanie dla głośnych powag i sławnych imion. Nie są to bynajmniej wszystkie czynniki, wytwarzające przesąd w medycynie. Jest ich wiele, zresztą dziś są one takie, jutro mogą być inne. Głównego źródła przesądu oczywiście szukać należy w właściwej ludzkiej naturze skłonności do lenistwa, odpoczywaniu na raz zdobytych pozycyach. Lekarstwem na to będzie bezustanne dążenie do prawdy.

Dyskusya: a) Trzebiński: Za zasługę należy poczytać kol. Ł., że w swym wykładzie mówił nietylko o zabobonach i przesądach laików, lecz też o uprzedzeniach w świecie lekarskim. Do przykładów, zacytowanych przez prelegenta, możnaby dodać jeszcze nieusprawiedliwioną przez doświadczenie, aczkolwiek zrozumiałą jako reakcya na poprzednie nadużycia w tym kierunku, obawę przed upustami krwi, która zapewne niejedno życie kosztowała; przecenianie korzyści mięsnej dyety, wyskoku i t. p.

b) A. Januszkiewicz: Sądziłbym, że prelegent niesłusznie stosuje termin »przesąd« do pojęć, które w swoim

czasie panowały w medycynie, opierając się na ściśle naukowych dla ówczesnej epoki poglądach. W danym razie, słuszniej możnaby mówić o zacofaniu, trzymaniu się starych zapatrywań, jednem słowem o błądzeniu. Termin »przesąd« jest poniekąd synonimem zabobonu. Przesądem np. będzie nieobcinanie paznokci w dnie, w których nazwie zachodzi litera »r«, z obawy wytworzenia się zadzierków, ale trzymanie się starej Listerowskiej antyseptyki nie jest przesądem, tylko zacofaniem.

c) Gilewicz: Prelegent zastrzega sobie w odczycie, iż należy odróżnić pochop do innowacyi, ignorancyę i konserwatyzm od przesądu, a pomiędzy innymi czynnikami od nich uzależnić powstawanie przesądów. Podając jednak przykłady przesądów, wspomniał o panującej swego czasu teoryi, że to, co dzisiaj nazywamy zakażeniem w ranie, zależy od wadliwości soków ciała, a także o zapale, z którym niegdyś przyjęto tuberkulinę Kocha, nadmieniając, iż zapał ten nie pozwalał wówczas na bezstronne ocenianie istotnej wartości tego leku. Gilewicz twierdzi, że obie teorye były w swoim czasie oparte na ścisłych badaniach naukowych: pierwsza na nauce Rokitanskyego, posiadającej wtedy dostateczne naukowe uzasadnienie, druga na tem, co wówczas wiedziano o odporności. Myśli zaś, stanowiące punkt wyjścia owych poglądów, aczkolwiek obecnie nowemi badaniami rozświetlone, przetrwały przecież do dnia dzisiejszego, nie nadając się tem samem na przykłady przesądu.

d) Sielicki: Lecznictwo często opiera się na rutynie, mającej swe źródło w bezkrytycznem stosowaniu w praktyce poglądów, wypowiedzianych przez uznane powagi naukowe, natomiast nowe zapatrywania, wygłoszone przez nieznanych skądinąd ludzi, mało znajdują wiary, dopóki nie potwierdzi ich jakaś znana firma. Zresztą przyznać trzeba, że nowe poglądy także jeszcze dlatego spotykają się z niewiarą, iż niejednokrotnie podstawę ich stanowi zbyt szczupła ilość obserwacyi.

e) Wojciechowski: Przykłady, cytowane przez prelegenta i kol. Trzebińskiego, nie wszystkie są szczęśliwie dobrane. Listerowską metodę dziś jeszcze stosujemy tam, gdzie nie możemy przeprowadzić aseptyki, a wartość odżywczą mięsa i teraz się uznaje.

f) Makowski: Przesądy w tym sensie, w jakim to słowo pojmuje kol. Łążyński, będą istnieć zawsze, gdyż zawsze jedna część świata lekarskiego w zapatrywaniach swych wyprzedzać będzie drugą.

g) Trzebiński: Wartość odżywcza białka zwierzęcego naturalnie nie podlega żadnej wątpliwości, również nie miałem wcale zamiaru przeczyć znaczeniu krwi dla ustroju. Natomiast twierdziłem i twierdzę, że »uprzedzeniem« był panujący swojego czasu w świecie lekarskim (niemieckim i naszym) wstręt do upustów krwi nawet tam, gdzie były wyraźne do tego wskazania, albo też pchanie w chorych mięsa nawet wtedy, kiedy ci ostatni czuli doń wyraźną odrazę.

h) Łążyński: Pomiędzy przesądem a nieuctwem i zacofaniem bezwarunkowo różnica istnieje, przyznać atoli należy, że częstokroć zanadto subtelna, aby ją odrazu dostrzedz było można. Pod słowem: zabobon, rozumiemy pojecie nie zawierające ani żadnej idei, ani zdrowego sensu. Przykłady, przytoczone przez kol. Januszkiewicza, nie mogą się stosować do przesądów w świecie lekarskim.

2) J. Makowski przedstawia dwoje chorych, operowanych w szpitalu Aleksandrowskim. a) Kobieta, 29 lat, od lat 10 cierpi, jak powiada, na kolkę żółciową. Z początku parę razy do roku napady bólów w okolicy pęcherzyka żółciowego, rozpromieniujące się do łopatki i szyi, potem częściej. Ostatnimi czasy charakter bólów przewlekły, tępy, niezdolność do pracy. Brzeg wątroby na dwa palce poniżej łuku żebrowego; pod nią guz o gładkiej powierzchni, poruszający się wraz z wątrobą przy oddechu. Makowski był pewien, że chodzi tu o kolkę żółciową; przytłumienie odgłosu opukowego, które dawało się wykazać poniżej kąta prawej łopatki, tłómaczył sobie powiększeniem wątroby. Przy operacyi pokazało się, że był to **bąblowiec** wielkości głowy ludzkiej. Ponieważ nie można było usunąć całej torebki, zrośniętej częściowo z żyłą główną i aortą, więc zapomocą tylnego cięcia i resekcyi 12. żebra utorowano sobie do niej dostęp od tyłu, wszyto w tę ranę pozostałą część torebki, przednią ranę zaś zaszyto na głucho. Chora już pół roku czuje się dobrze.

b) Chory 32-letni. Z początku objawy napadowo występującej niedrożności jelit. Po kilku miesiącach chory sam zaczął wyczuwać guz w prawej stronie brzucha. Przy badaniu brzuch miękki, nie wzdęty, żołądek leży prawidłowo. Z prawej strony guz wielkości pięści o nierównej powierzchni, ruchomy więcej ku górze, niż ku dołowi i na bok. Ponad nim odgłos bębenkowy, prócz tego wyczuwa się zgrubiałe jelito cienkie, wyraźnie ruchome przy podrażnieniu. Sok żołądkowy prawidłowy, w kale krwi niema. Rozpoznanie wahało się pomiędzy nowotworem kiszki ślepej, a wgłobieniem. Operacya: **nowotwór ślepej kiszki**, który usunięto wraz z częścią jelita cienkiego, kiszki grubej oraz sieci. Ranę zaszyto na głucho. Badanie wykazało raka. Na szósty dzień chory zaczął jeść mięso, a na 10. wstał; obecnie ma się dobrze.

Dyskusya. a) Łążyński wyczuwał (w drugim przypadku) przed operacyą wyraźnie zgrubiałą doprowadzającą część kiszki. Za niezwykły objaw uważa przerost doprowadzającego jelita, gdyż nie zdarza się to przy nowotworach złośliwych. Tłómaczy się to może młodym wiekiem chorego, albo też tą okolicznością, że nowotwór rozwijał się powoli, dając czas na wytworzenie się odczynu.

b) Januszkiewicz: Wielka ruchomość nowotworu mogła naprowadzić na myśl o raku; mówił o tem w swoim czasie Obrazcow, potem Hausmann. Guzy takie dają się chować w podżebrze. Trudno sobie wytłomaczyć, dlaczego istniejące w tym przypadku wgłobienie — nie mówiąc już o nowotworze — mogło nie dawać krwi w kale. Co się tyczy niedrożności jelit, to w podobnych przypadkach powtarza się ona nieraz, a powstaje wskutek czasowego nagromadzenia się kału w zwężonem jelicie i zamknięcia jego światła. Z okazyi pierwszego przypadku Januszkiewicz przypomina sobie, że sam kiedyś wziął za pęcherzyk żółciowy, wypełniony kamieniami, nowotwór złośliwy, przylegający do zdrowego pęcherzyka, a zrośnięty od tyłu z kręgosłupem i górną powierzchnią nerki. Bólów w tym przypadku nie było.

c) Cichocki pyta, czy nowotwory kiszki ślepej lepiej operować jednoczasowo, czy też dwuczasowo.

d) Makowski odpowiada, że o ile zajęta jest także kiszka gruba, to (według Kochera) lepiej dwuczasowo.

e) Fudakowski: W tym przypadku wynik zabiegu operacyjnego był doskonały, niezawsze jednak udaje się pokryć cały brak otrzewną, a w takim razie trzeba tamponować. Boczny szew jelita, zastosowany przez referenta jest na kiszce grubej praktyczniejszy od poprzecznego.

f) Żebrowski pyta, czy w drugim przypadku referenta badano siłę antytryptyczną surowicy krwi, oraz stwierdza ruchomość kiszki ślepej przy raku.

g) Makowski odpowiada, że odczynu antytryptycznego u jego chorego nie wykonywano.

Posiedzenie z d. 6. II. 1913.

Obecnych członków 25. Przewodniczy prezes Knothe.

Dr M. Pietkiewicz: **Wady wrodzone nerek w związku z niedokształtem układu rodnego.** Referent opisuje 4 przypadki wad rozwojowych nerek, operowane w ginekologicznym oddziale szpitala miejskiego w Kijowie. U chorych rozpoznawano przed operacyą guzy przydatków macicy (torbiele jajników); podczas operacyi znaleziono we wszystkich 4 przypadkach nerkę miedniczą. W pierwszym przypadku stwierdzono przemieszczenie u osobnika o nieprawidłowym rozwoju kośćca, mającego na powierzchni ciała szereg cech zwyrodnienia. W dwóch innych znaleziono

oprócz dystopii, nieprawidłowości w układzie rodnym: w jednym niedokształt jajowodów, w drugim brak zupełny wewnętrznych narządów rodnych. W ostatnim przypadku oprócz dystopii prawej nerki stwierdzono wrodzony brak lewej nerki. Referent przytacza teorye, wyjaśniające patogenezę wad rozwojowych narządu moczowopłciowego i omawia szczegółowo sposoby rozpoznawania i chirurgicznego leczenia dystopii nerek. (Odczyt ten przeznaczony do druku).

Dyskusya: a) Fudakowski pyta, w jaki sposób określa referent długość moczowodów, dalej czy nerka w IV przypadku była podkowiastą nerką miedniczą, czy też podwójną, powstałą ze zrośnięcia dwóch nerek. W ostatnich czasach mianowicie spotyka się w literaturze coraz więcej przedoperacyjnych rozpoznań nerek podkowiastych. Zwraca się teraz szczególną uwagę na tę nieprawidłowość dlatego, że podkowiaste nerki często bywają siedliskiem spraw chorobowych. Przy rozpoznawaniu ich oddaje dobre usługi pyelografia.

b) Peszyński: Pierwszy przypadek referenta znany jest Peszyńskiemu. Chora po operacyi z początku miała się dobrze, potem jednak zaczęła się skarżyć na różne dolegliwości. Cewnikowanie moczowodów przed operacyą ginekologiczną dałoby nieraz cenne wskazówki, nie zapobiegłoby jednak wszystkim zbytecznym operacyom, ponieważ niezawsze przy guzach małej miednicy można otrzymać dokładny wymiar i topografię moczowodów.

c) Weller, nawiązując do I. przypadku, w którym stwierdzono połowiczy zanik twarzy, sądzi z całego szeregu cech zwyrodnienia, że chodziło tu o sprawę wrodzoną. Teorya zakaźna Möbiusa (mowa tu o zakażeniu nerw. obwod.) dotyczyć może tylko nabytych spraw tego rodzaju. Zresztą teorya ta obecnie już nie cieszy się powodzeniem. Przyczyny połowiczego zaniku szukać należy według Brissauda w nieprawidłowościach ośrodków nerwowych. Oppenheim natomiast upatruje źródło tej choroby w układzie współczulnym, co jest najprawdopodobniejsze.

d) Pietkiewicz odpowiada Fudakowskiemu, że najlepiej używać cewników z centymetrowemi podziałkami. Że cewnik tkwi w miedniczce, o tem przekonujemy się, obserwując dokładnie mocz, wyciekający z cewnika, który wówczas wydziela się w zupełnie właściwy sposób. W przypadku IV chodziło o jedną tylko nerkę z pojedynczym moczowodem, rozwidlającym się coprawda nakształt litery Y. W odpowiedzi Peszyńskiemu powołuje się referent na swą pracę w »Przeglądzie ginekologicznym i chirurgicznym«: »O technice badania moczowodów«. W istocie nieprawidłowości moczowodów mogą niekiedy naprowadzić na fałszywe wnioski. Zresztą obok cewnikowania w wątpliwych przypadkach należy stosować pyelografię. Wellerowi referent odpowiada, że znalazł w literaturze przypadki połowiczego zaniku, który się rozwinął po chorobie zakaźnej.

Towarzystwo lekarskie częstochowskie.

Posiedzenie z dn. 16. III. 1912.

I. Kol. Rzętkowski (z Warszawy): **Stan obecny sprawy nieoperacyjnego leczenia nowotworów złośliwych.** (Druk. w »Gazecie lekarskiej« Nr 15 i 16, 1913 r.).

W dyskusyi a) kol. Bartkiewicz podnosi, że ścisła ocena wartości tych lub innych metod leczniczych powinna przedewszystkiem uwzględniać stopień złośliwości danego nowotworu. Tymczasem sprawdzian złośliwości nowotworów nie został dotychczas ściśle ustalony. Sądy o skuteczności pewnych metod leczniczych opierają się na stosowaniu ich przy nowotworach powierzchownych, które podlegają wyleczeniu pod wpływem rozmaitych środków. Wstrzykiwanie miazgi nowotworowej powinno być zarzucone, często bowiem wywołuje burzliwe objawy ogólne. Antimeristem Schmidta nie ma żadnej wartości leczniczej. Salwarsan, stosowany przez kol. B. przy mięsakach, dawał wyniki ujemne.

b) Kol. Rozenfeld sądzi, że przy obecnym stanie lecznictwa nie można przeciwstawiać zasadniczo leczenia zachowawczego — operacyjnemu. Obydwa sposoby postępowania powinny wzajemnie uzupełniać się i wspierać. Dalej mówi kol. R. o pominiętem przez prelegenta stosowaniu związków chlorowych (Brissaud, Becker), o autoseroterapii (Ridley) i wpływie wysokiej ciepłoty, wywoływanej wstrzykiwaniami nukleinianu sodu. W końcu kol. R. zauważa, że z całego mnóstwa omówionych w odczycie środków i sposobów leczniczych, w praktyce codziennej należałoby korzystać tylko z tych, których działanie uboczne jest najmniej szkodliwe, stosowanie — łatwe, wpływ ogólny na ustrój — pożyteczny. Warunkom tym odpowiadają najwięcej: chinina, arszenik i związki chlorowe.

c) Kol. Biegański opisuje przypadek nawrotu raka w gruczołach szyjnych, wyleczonego naświetlaniem promieniami Roentgena. Dalej przypomina 2 przypadki nowotworów złośliwych, przedstawione przez kol. Wrześniowskiego i leczone jednocześnie sposobem operacyjnym i wstrzykiwaniami salwarsanu. Kol. B. sądzi, że wszystkie metody lecznicze, omówione w odczycie, grzeszą jednostronnością. Mając jedynie na celu niszczenie nowotworu, zapominają o ustroju chorego. Już Dmochowski zwrócił uwagę na brak odczynu obronnego w tkankach, otaczających nowotwór złośliwy. Być może, że zjawisko to jest wynikiem ogólnie zmniejszonej odporności ustroju. Chcąc usunąć nowotwór, trzeba przywrócić ustrojowi utraconą odporność.

d) Kol. Bartkiewicz dodaje, że ostatnie uwagi kol. Biegańskiego zmuszają go do zabrania głosu w sprawie, nad którą oddawna pracuje i którą w swoim czasie poda do wiadomości ogólnej. Na razie może tylko powiedzieć, że w każdym preparacie z tkanek, otaczających nowotwór złośliwy, widać ślady walki, podjętej przez ustrój. Oddziaływanie na tkanki otaczające, podtrzymanie ustroju w tej walce — będzie zapewne podstawą leczenia nowotworów złośliwych w przyszłości.

e) Kol. Rzętkowski odpowiada, że probierzem złośliwości nowotworów są przedewszystkiem dane kliniczne, stwierdzające niewspółmierność między wielkością i siedzibą guza, a natężeniem zgubnych objawów choroby nowotworowej (charłactwo, niedokrwistość). O złośliwości świadczą również przerzuty. Żądany probierz dałby się może uzyskać na gruncie badań serologicznych oraz poszukiwań zaczynów obronnych metodą Abderhaldena, wreszcie na gruncie szczegółowych badań nad przemianą materyi (stwierdzenie ujemnego bilansu azotowego, kw. proteinowych w moczu i t. p.). Należałoby też zwrócić uwagę na właściwości osobnicze i rasowe, które mogą wpływać na taki lub inny przebieg nowotworów złośliwych. Słuszny jest pogląd, że w leczeniu nowotworów złośliwych należy dążyć do wzmacniania odporności chorych (arszenik, chinina), aczkolwiek działanie bezpośrednie na nowotwór wydaje się również bardzo wskazanem (wakcynoterapia). Referent próbował »autohemoterapii«, zalecanej przez Krokiewicza, ale bez skutku. W końcu kol. R. podkreśla, że obowiązkiem lekarza wobec chorego z nowotworem złośliwym jest nieopuszczanie rąk i stosowanie metod leczenia nieszkodliwych, bez względu na ich uzasadnienie naukowe.

II. Kol. Rozenfeld: **Pokaz viscosimetru Hessa.** Z powodu spóźnionej pory kol. R. ograniczył się tylko do krótkich wyjaśnień co do budowy przyrządu, sposobu jego użycia, oraz co do stanu lepkości krwi w warunkach fizyologicznych. Dalszą część referatu — o znaczeniu klinicznem badania lepkości krwi — odłożono na jedno z następnych posiedzeń.

Karol Rozenfeld.

Działalność Warszawskiego Towarzystwa higienicznego w r. 1912.

Towarzystwo higieniczne warszawskie jest instytucyą, rozciągającą swą działalność na całe Królestwo polskie przez swe oddziały prowincyonalne, a w samej Warszawie zarządzającą kilku wielkimi zakładami higienicznymi i skupiającą wszystkie niemal działania społeczno-higieniczne. Toteż znaczenie jego działalności jest bardzo wielkie, zwłaszcza, że pod zaborem rosyjskim skazani jesteśmy w zakresie higieny społecznej na samopomoc, i to jeszcze zmuszoną zwalczać niejedną przeszkodę tam właśnie, gdzie inne społeczeństwa znajdują poparcie swych usiłowań. Stąd też praca Warszawskiego Towarzystwa higienicznego zasługuje na baczną uwagę ogółu naszego, a w pierwszym rzędzie kół lekarskich. Pracę tę odzwierciedlają doroczne sprawozdania, z których ostatnie, za r. 1912, wyszło w kwietniowym zeszycie »Zdrowia«.

W roku tym liczyło Towarzystwo 312 członków rzeczywistych, a 97 zwyczajnych. Na czele zarządu stał Dr Józef Polak, wiceprezesem był Dr J. Bączkiewicz, sekretarzem Dr Witosław Dąbrowski. Dochody własne Towarzystwa wynosiły 3478·35 rb., wydatki 3700·40 rb., w zamknięciu rachunków pozostała więc przewyżka strat 222·05 rb. W bilansie Towarzystwa wynosiły fundusze budowy domu 17.912·67 rb. Na r. 1913 przewiduje Towarzystwo 3575 rb. dochodu i tyleż wydatku.

Całą działalnością Towarzystwa kieruje Rada zarządzająca. W sprawozdaniu z jej czynności wymieniono jako rzeczy ważniejsze: urządzenie szeregu wykładów z zakresu higieny osobniczej, przygotowanie szeregu posiedzeń dyskusyjnych w sprawach dotyczących samorządu, opracowanie programu i przygotowanie planów własnego domu, którego budowa już się rozpoczyna, utworzenie do niektórych ważniejszych spraw osobnych delegacyi, jakoto: delegacyi do spraw samorządu miejskiego, do urządzania odczytów, do opieki nad dziećmi i higieniczno-szkolnej. Do rozważenia projektów prawa o zdrojowiskach i prawa o zabezpieczeniu czystości powietrza, wody i gruntu wybrano osobne komisye. Rada wydawała dalej opinie w całym szeregu spraw sanitarnych na życzenie osób prywatnych, Towarzystw, przedsiębiorstw i t. d. Podupadła natomiast działalność Biura informacyjnego zdrojowego, które w r. 1912 udzielało informacyi tylko co do Ojcowa. Fundusz na kąpiele ludowe z zapisu ś. p. Ludwika Górskiego został w r. 1912 wyczerpany; udzielono z niego w tym roku 3 zasiłki na łaźnie ludowe w 7 miejscowościach. W 16 innych miejscowościach przykład ten podziałał i pobudził czynniki miejscowe do podjęcia starań o budowę łaźni; niestety na udzielenie zasiłków dla tych 16 miejscowości funduszów już nie stało. W sprawach sanitarnych z zakresu oczekiwanego samorządu opracowano (w delegacyi do tych spraw, podzielonej na podkomisye) sprawę brukowania, wodociągów, kanalizacyi, oświetlenia ulic i kredytu komunalnego; opracowanie innych działów jest w toku.

Z Wydziałów Towarzystwa, pracujących w Warszawie, wykazuje Wydział higieny miast i mieszkań 3 wykłady, klimatologiczno-balneologiczny 5 wykładów, wychowawczy 4 wykłady na czterech publicznych posiedzeniach, tyleż Wydział szpitali i przytułków, 3 Wydział przeciwalkoholiczny, a jeden wykład — Wydział biologiczny. Delegacya dla sprawy miast-ogrodów rozwijała propagandę zapomocą pogadanek w powstałem pod jej egidą »Towarzystwie mieszkań stałych«. Najruchliwszym jednak był, jak się zdaje, z Wydziałów Towarzystwa »Komitet badania i zwalczania raka«. Komitet ten uzyskał u Towarzystwa naukowego Warszawskiego przyrzeczenie, iż w gmachu tego Towarzystwa znajdzie pomieszczenie pracownia do badań nad rakiem i począł gromadzić fundusze na rzecz tej pracowni. Dalej przygotowano odczyt publiczny o raku, ogłoszono konkurs na pracę »O wczesnem rozpoznawaniu raka« z nagrodą 300 rb., rozesłano w dwudziestu kilku tysiącach egzemplarzy ułożoną przez wiceprezesa komitetu, Dr J. Jaworskiego »Przestrogę dla kobiet« i osobno odezwę w sprawie raka do akuszerek, opracowano (Dr J. Jaworski) i ogłoszono drukiem materyały statystyczne, zebrane w szpitalach warszawskich i zorganizowano sprawozdania z prac o raku dla »Zdrowia«.

Organ Towarzystwa higienicznego, miesięcznik »Zdrowie«, redagowany przez Dr J. Jaworskiego, wydał w r. 1912 na 916 stronnicach druku (z 23 rysunkami i 19 tablicami) 27 prac oryginalnych, 8 artykułów wstępnych, poruszających sprawy ważne, a będące na dobie, 71 sprawozdań ze wszystkich działów higieny, 5 rozbiorów krytycznych, 10 życiorysów, 172 różnych drobniejszych wiadomości, w końcu protokoły i sprawozdania Wydziałów Towarzystwa, Oddziałów prowincyonalnych i instytucyi Towarzystwa, oraz Dziennik Zjazdu higienicznego. Koszt wydawnictwa wynosił 2561·92 rb., a wobec dochodów własnych wydawnictwa, wynoszących 1590·88 rb. i pozostałości z r. 1911 w kwocie 454·28 rb., potrzebowało ono ze strony Towarzystwa hig. tylko 516·76 rb. zasiłku.

Z Oddziałów prowincyonalnych Towarzystwa, czynnych w r. 1912, każdy może się wykazać działalnością pożyteczną i wytrwałą, a trzy — pokaźną w r. 1912 zdobyczą w postaci łaźni ludowych. Niestety obok czynnych, jest 6 oddziałów, które zawiesiwszy swą działalność w czasie niedawnych przejść politycznych, dotąd jej nie wznowiły i w r. 1912 były nieczynne (Piotrków, Łomża, Ostrowiec, Kielce, Otwock, Suwałki).

W Częstochowie Oddział liczył 117 członków, miał 1114·09 rb. dochodu, 943·03 rb. rozchodu. Prowadził on Muzeum higieniczne, które w r. 1912 zwiedziło 4250 osób pod kierunkiem osobnego instruktora, słuchacza medycyny, posiadał pracownię higieniczno-analityczną i urządził ogródek dziecinny, do którego w ciągu 2 miesięcy uczęszczało dziennie 100—200 dzieci. — Oddział Kaliski, mający 3 sekcye (biologiczną, wychowawczą i higieny ludowej), liczył 139 członków. Stworzył on w r. 1912 kąpiele ludowe, których budowa kosztowała 12.500 rb., a w których w r. 1912 wydano 2976 wanien; z natrysków korzystało 6073 osób, dzieci szkolnych wykąpano bezpłatnie 5360. Sekcya wychowawcza oprócz udziału w wystawie pracy kobiet w Pradze zajmowała się prowadzeniem systematycznej gimnastyki w 5 szkółkach miejskich dla 480 dzieci i zorganizowaniem kąpieli dziatwy szkolnej. W sekcyi biologicznej przeprowadził Dr Koszutski badania 1200 dzieci zapomocą odczynu tuberkulinowego (74% odczynów dodatnich). — Oddział kujawski we Włocławku również zbudował w r. 1911 kąpiele ludowe (kosztem 12.235 rb.), prowadził ogródek zabaw dziecięcych (średnio dziennie 55 dzieci), na który uzyskał w r. 1912 plac od miasta, i urządził Zjazd higieniczny, co wymagało niemało pracy i trudu, zwłaszcza że Oddział liczy tylko 47 członków, a rozporządzał w r. 1912 tylko 613·32 rb. dochodu. — Oddział Lubelski (mający 4 sekcye: »Kropli mleka«, »Ogrodów zabaw dzieci«, muzeum, tanich kąpieli) liczył członków 103, i rozporządzał 2597·94 rb. dochodu. Prowadził on ogródek zabaw, »Kroplę mleka« (wydano 1660·97 rb.), kąpiele im. Prusa w Nałęczowie i wydawał i rozpowszechniał broszurki o zapobieganiu chorobom zakaźnym. — Oddział Łowicki, liczący 41 członków, miał 3656·17 rb. dochodu, a 5236·68 rb. rozchodu. Jestto trzeci z oddziałów prowincyonalnych, który pochlubić się może zbudowaniem w r. 1912 kąpieli ludowych (otwartych już przy końcu roku) kosztem około 10.000 rb. — Oddział Płocki zajęty był głównie sprawami higieny miejskiej oraz prowadzeniem ogrodu im. Jordana, którego los dalszy jest niestety w zawieszeniu z powodu braku stosownego pomieszczenia (miasto nie ma do rozporządzenia placu, któryby na ten cel bezpłatnie oddać mogło). — Oddział Radomski miał 62 członków, 1183·18 rb. funduszów, a tylko 186 rb. stałego dochodu rocznego (z wkładek członków). Oddział ten prowadził 2 ogródki dziecięce, podobno w r. 1912 z powodu nieodpowiednich kierowniczek niezbyt pomyślnie, oraz urządził w r. 1912 przychodnię (dispensaire) dla gruźliczych. — Wreszcie ostatni z ośmiu czynnych w r. 1912 Oddziałów prowincyonalnych, Sosnowiecki, istniejący dopiero drugi rok, miał 187 członków, 6908·37 rb. dochodu, 1683·49 rb. majątku. Oddział ten miał 3 sekcye (wychowawczą, higieny miast i mieszkań, kolonii letnich), wysłał na kolonie letnie 444 dzieci (wydano na koloniach 5481 rb. na utrzymanie 246 dzieci, gdyż koszt utrzymania reszty pokryły fabryki i Towarzystwo dobroczynności).

Z obszernego rozdziału o działalności ogrodów im. Raua w Warszawie przytoczyć należy przynajmniej najważniejsze daty: W ogrodach tych prowadzono w r. 1912: 1) Gry ruchowe w 8 ogrodach — (348530 »uczęszczań«, średnio dziennie 287 dzieci w zabawach dowolnych, 307291 »uczęszczań«, średnio dziennie 2124 dzieci w zabawach zorganizowanych, wreszcie 29498 »uczęszczań«, średnio dziennie 226 w zabawach sportowych). 2) Gimnastykę (w zastępach uczniowskich i w zastępach rzemieślniczych, razem 20016 »uczęszczań«), śpiewy i grę na instrumentach (wprowadzoną po raz pierwszy w r. 1912). 3) Kąpiele rzeczne w Wiśle (68.847). 4) Kąpiele ciepłe (8724). 5) Naukę pływania (75 uczestników). 6) Ślizgawkę (21183 »uczęszczań«). 7) Wycieczki statkiem na Wiśle (cztery, 1532 dzieci). 8) Zawody w grach ruchowych. 9) Szczepienie ospy. — Urządzono też »Jasełka« dla dzieci. Personal ogrodów, zostający pod kierunkiem głównego kierownika i lekarza ogrodów, składał się z 63 osób,

które przeszły kurs przygotowawczy (72 godzin). — Ogólna liczba uczęszczań wynosiła 813,927 (o 43.088 więcej, niż w r. 1911), koszt jednego wynosił 4.05 grosza przy ogólnym wydatku 17.225·92 rb. Bilans ogrodów za r. 1912 zamyka się kwotą 324.561·81 rb.

Instytut higieny dziecięcej bar. Lenvala, prowadzący »Kroplę mleka«, biuro porady dla matek, udzielający pomocy lekarskiej, zabiegów lekarskich i higienicznych, gimnastyki, kąpieli itd., udzielił 264 porad dentystycznych, wykonał 973 szczepień krowianką, wydał 30.836 kąpieli; z gimnastyki korzystało 264 dzieci. Porad leczniczych udzielono 7102, lekarstw bezpłatnie 5819. Buteleczek mleka wyjałowionego wydano 91046. We wszystkich tych działach działalność wzrosła. W rachunkach (11828·35 rb. dochodu, 10907·52 rozchodu) zdołano uniknąć zagrażającego instytucyi niedoboru tylko dzięki hojniejszej ofiarności publicznej.

Sanatoryum w Rudce dla chorych na gruźlicę znajduje się w przededniu rozszerzenia, które podjąć miano z wiosną 1913. Koszt dobudowy wyniesie około 200.000 rb. Na tę dobudowę zebrano z ofiar dobrowolnych do końca r. 1912 tylko 36.425 rb.; już w r. 1913 wpłynęło 35000 z zapisów testamentowych, wszystko to razem jednakże pokryje ledwo czwartą część obliczonych kosztów dobudowy. Bilans Rudki wykazuje 315.174 rb. majątku, a 45407 rb. długów. Koszt utrzymania chorych na dzień i głowę wynosił 2·42 rb., samego pożywienia 1·17 rb. W r. 1912 leczyło się średnio dziennie 69 chorych; leczenie jednego chorego trwało średnio 131 dni. Wyniki leczenia były równe wynikom, osiąganym w innych podobnych zakładach: u chorych w I okresie uzyskano poprawę w 92%, w II okresie w 84%, w III okresie w 52%. Sprawozdanie lekarskie z Sanatoryum jest opracowane bardzo starannie przez Dyrektora Sanatoryum, Dr Gałeckiego.

C.

XVII. międzynarodowy Zjazd lekarski w Londynie.

Na zapytania, z kilku stron wystosowane do mnie, czy Komitet polski stały dla międzynarodowych kongresów lekarskich i tym razem pośredniczy w zgłaszaniu się chcących brać udział w kongresie, odpowiadam na tej drodze, co następuje:

Komitet, organizujący Kongres w Londynie, nie zgłosił się wprawdzie, jak to dawniej bywało, z prośbą o pośrednictwo, ale na obszerne zapytanie moje odpowiedziano tylko, że dla naszego Komitetu przewidziane jest biuro w Londynie w czasie Kongresu. Nie odbierając żadnych informacyi, jako prezes Komitetu polskiego, a jedynie osobiste zaproszenie, zgłosiłem się niedawno po odpowiednie zaproszenia i karty zgłoszeń. Sądzę, że je wkrótce otrzymam, w takim razie zgłaszającym się do biura naszego, Wolska 15, Kraków, natychmiast wysłać polecę.

Dla informacyi donoszę, iż Kongres odbędzie się od 6—12 sierpnia. Biuro Kongresu znajduje się 13 Hinde Street. W. London.

Językiem urzędowym jest język angielski, francuski i niemiecki. Na posiedzenia uroczyste dopuszczono język włoski i rosyjski.

Sekcyi utworzono 23, a mianowicie: 1) anatomii, 2) fizyologii, 3) ogólnej patologii i pat. anatomii, 3 a) patologicznej chemii, 4) bakteryologii, 5) terapii, 6) wewn. medycyny, 7) chirurgii, 7 a) ortopedyi, 7 b) anestezyi, 8) ginekologii i położnictwa, 9) okulistyki, 10) pedyatryi, 11) neurologii, 12) psychiatryi, 13) dermatologii i syfilidologii, 14) urologii, 15) laryngologii i rynologii, 16) otyatryi, 17) stomatologii, 18) higieny i profilaktyki, 19) medycyny sądowej, 20) chirurgii wojennej, 21) chorób zwierzęcych (?), 22) radyologii i 23) historyi medycyny.

Zgłaszający się winni przesłać przekazem pocztowym pod adresem: »The treasurers, XVII intern. Congress of Medicine«, podając sekcyę, do której chcą należeć, kwotę funta sterlingów, czyli 25 koron albo 20 mk.

Pośrednictwa w ułatwieniu podróży i wycieczek podejmuje się firma Thos Cook and Son, Wiedeń, Stephansplatz 2, a także Norddeutscher Lloyd w Bremie, który d. 29. lipca wysyła parowiec »Kaiser Wilhelm der Grosse«, a z powrotem d. 14./15. sierpnia z Plymouth parowiec Berlin, a d. 16 sierpnia »George Washington«. Koszta podróży wraz z wyżywieniem w czasie drogi pierwszą klasą z Bremy do Southampton wynoszą 60 mk., a do samego Londynu 71 mk. Z Bremy do Southampton, a z powrotem z Plymouth do Bremy 108 mk. Natomiast z Bremy przez Southampton do Londynu i z Londynu, Paddington Station przez Plymouth do Bremy 149 mk. Karty powrotne ważne 6 miesięcy.

Prof. Dr B. Wicherkiewicz,
prezes Polskiego Komitetu stałego
dla międzynarodowych kongresów
lekarskich.

Konkurs »Przeglądu lekarskiego«.

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« przeznacza w r. b. 200 kor. na nagrody konkursowe. Kwota ta może być podzielona na dwie nagrody.

Podobnie, jak w roku zeszłym, nagrodzone będą najlepsze sprawozdania poglądowe, wydrukowane w »Przeglądzie lekarskim« w ciągu roku 1913. Przedmiot sprawozdań dowolny; rękopisy przesyłać należy wprost do Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło w d. 11. VI. b. r. posiedzenie, na którem Dr Landau przedstawił chorego z kliniki Prof. Jaworskiego, a Dr Z. Wachtel (junior) miał wykład: »O wegetaryanizmie«.

— Wydział krajowy mianował Dr Tadeusza Pisarskiego kierownikiem ambulatoryum dla chorób dróg moczowych w krajowym szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

— Rada miejska uchwaliła w dyskusyi budżetowej rezolucye, wniesione przez Prof. Dr Pareńskiego, zmierzające m. i. do utworzenia żłóbka dla niemowląt, miejskiego zakładu wychowawczego dla sierot umysłowo upośledzonych, miejskiej kolonii leśnej dla dzieci ubogich, a potrzebujących leczenia, oraz wniosek o wysłanie już w tym roku 40 chorych dzieci z zakładów miejskich do kolonii leśnej Br. Tercyarzy w Zakopanem. W dyskusyi tej podnoszono też potrzebę rozszerzenia parku Jordana i założenia miejskich parków ludowych.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 1. VI. do 7. VI. 1913 zgłoszono przypadków: błonicy — † — (obcych — † —), krztuśca 6, ospy wietrznej 2, płonicy 8 † 2 (1 † 1), odry 27, duru brzusznego 2 † 2 (1 † —), duru plamistego († 1), róży 1, zapalenia nagm. opon 2 † 2. Dr Janiszewski.

Warszawa. »Gazeta lekarska« (Nr 23) donosi, że Komitet międzynarodowego Zjazdu neurologiczno-psychiatrycznego w Gandawie zgodził się na utworzenie komitetu narodowego polskiego, zaproponowane przez Prof. Halbana i Sieradzkiego ze Lwowa. Organizacyą komitetu polskiego zająć się ma Prof. Halban (Lwów, Kraszewskiego 5).

— Na uznanie zasługuje program, jaki od pewnego czasu zakreśliło sobie »Zdrowie«, każdy ze swych zeszytów poświęcając wyłącznie jednej sprawie i w ten sposób systematycznie przedstawiając szereg ważnych zagadnień higienicznych. Ostatni zeszyt (Nr 6) poświęcono w ten sposób w dziale sprawozdawczym higienie wychowania; w dziale oryginalnym jest ona uwzględniona w artykule wstępnym o sprawie nauczania powszechnego i w artykule o koloniach wakacyjnych szkół średnich.

Wilno. Składki na walkę z gruźlicą w »dniu białego kwiatka« dały w r. b. w Mińsku lit. 5700 rb., w Bobrujsku 1.170 rb.; w Wilnie od 21. maja znaleziono w 516 skarbonkach 8052 rb. (Lekarz wileński Nr 5). (Dla porównania podajemy wynik składki w »dniu przeciwgruźliczym« w r. b. w Krakowie: 2780 kor.).

Z różnych stron. W Pradze powstał czeski Oddział c. k. Towarzystwa badania i zwalczania raka pod przewodnictwem Prof. Hlavy.

Mianowani: Prof. A. Tschermak z Wiednia profesorem fizyologii w Pradze (wydział niemiecki).

Zmarli: Dr Maksymilian Herz, wychowaniec Szkoły Głównej, w 70 r. ż. w Warszawie; Dr Józef Lisowski, lekarz miejski m. Kowla, w 58 r. ż.; higienista Prof. Weyl w Berlinie, dermatolog Prof. Duhring w Filadelfii, psychiatra Prof. Marro w Turynie.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 18. czerwca 1913 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa** (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Demonstracye z oddziału Prof. Rutkowskiego i z kliniki Prof. Piltza. 2) Wykład Prof. Kadera: »O zapalniu wyrostka robaczkowego«.